



HUS

HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Boletín de

Investigación



Algunos de Nuestros Temas:

Reconocimiento Grupos de Investigación 2017

Actividades de Apropiación Social del Conocimiento

Divulgación Académica e Investigación del HUS

Generación del nuevo conocimiento

Foto: Recocimiento a
Grupos de Investigación
noviembre 2 de 2017



CIHUS

CENTRO DE INVESTIGACIÓN

HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA



ÍNDICE

1. Editorial: El arte de publicar. Pág. 3
2. Novedades e Innovación: “Convocatoria nacional para el reconocimiento y medición de los Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación – SNCTel 2017 (781)” se presentan los resultados. Pág. 6
3. Actividades De Apropiación Social Del Conocimiento. Pág. 9
4. Divulgación Académica e investigativa del HUS. Pág. 12
5. Generación de Nuevo conocimiento: Pág. 15
 - 5.1 Artículo: Percepción de necesidades del personal médico a la hora de comunicar noticias negativas a pacientes o familiares.
 - 5.2 Artículo: Reacción a Medicamentos con Eosinofilia y Síntomas Sistémicos Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS).
 - 5.3 Caracterización y perfiles de pacientes con morbilidad materna extrema, unidad de cuidados intensivos. Hospital la samaritana, 2008-2014.
 - 5.4 Artículo: Caracterización Del Proceso De Formación De Enfermeras (Os) En El Hospital Universitario De La Samaritana Durante Los Años 2015 Y 2016.

1. El Arte de publicar

Por: Anyela Mancilla Lucumi
Enfermera MSc Epidemiología



La investigación sanitaria es un instrumento fundamental para mejorar la salud de la población y su empleo debe estar íntimamente ligado al desarrollo de políticas públicas en salud. (1) En los últimos años ha tomado gran importancia la investigación científica como uno de los pilares de la formación integral de los estudiantes de las diferentes áreas en salud.

La llamada comunidad científica exige a los profesiones e investigadores hacer explícito y público los resultados de sus investigaciones para el enriquecimiento de sus disciplinas, aunque la publicación científica no es la única forma de comunicar los resultados si es especial para establecer un debate abierto.

En el ámbito de la investigación en servicios de salud y salud pública, a pesar de disponer de guías para publicar prácticamente cualquier diseño de investigación incluyendo la descripción de casos (2), estudios transversales, de casos y controles y de cohortes (3), ensayos clínicos (1), revisiones sistemáticas y metanálisis (4) y análisis costo efectividad (5), todavía se encuentran con relativa frecuencia inconsistencias o ausencias de información importante (6-9) que le permita a los investigadores tener unas bases fundamentales en la construcción y redacción de un artículo científico sumado a esto las dificultades visibles en la ambigüedad que generan cada modelo de selección, evaluación y divulgación de las revistas a nivel mundial.

En el desafío de iniciar la construcción de un artículo científico son muchos los interrogantes, temores y expectativas que surgen; generalmente las personas piensan que es un proceso complejo que

involucra tiempo, conocimiento, energía y desisten. Sin embargo, es mucho más fácil y práctico cuando tenemos a nuestra disposición una guía que nos ilumina y acorta el camino que separa la escritura de la publicación., muchas de las revistas nacionales se internacionales cuentan con guías practicas o documentos donde se encuentran los requisitos para evaluación de los artículos.

Alguno autores recomiendan realizar una serie de pasos simples que mencionare en este manuscrito el primero de estos y el mas importante es la Planificación donde se realiza la organización de la investigación, en la que los investigadores definen cual es el tema de interés?, realizan la construcción de la pregunta de investigación bajo la metodología PICO (P= población, I= Intervención, C= Comparador, O= “outcomes”/resultados.) o la estrategia PECOS, en esta misma fase es importante realizar una búsqueda de la revista fuente donde realizara la publicación del articulo para esto se recomienda en Colombia publicar en revistas indexadas según las recomendaciones de Colciencias, estos son algunos de los buscadores mas importantes para verificar la indexación de las revistas: Pubindex, ISI web of knowledge (Thomson Reuters), SCImago jorunal Rank (SJR), Journal Ranking - Eigenfactor: The Eigenfactor Metrics, revistas indexadas en ambos índices bibliográficos de citas en (ISI y SCOPUS); índices index Medicus, Psyc INFO Y Arts & humanities citation Index (AS&HCI) para mayor información pueden consultar <http://www.colciencias.gov.co/sites/default/files/upload/paginas/Anexotecnico-1.pdf>.

Posteriormente se debe realizar una adecuada búsqueda de la literatura para

1. El Arte de publicar

Por: Anyela Mancilla Lucumi
Enfermera MSc Epidemiología

soportar y/o justificar la investigación, recomendable que se realice con la pregunta de investigación en las bases de datos con mayor impacto tales como Pubmed, MEDLINE, EMBASE, Ovid, HINARI, Cochrane, CENTRAL; deben usarse tanto el texto libre como los descriptores o vocabulario controlado para MEDLINE (MeSH) y EMBASE(EMTREE) y utilice los conectores Booleanos (AND, OR y NOT).

“Cuando se diseña una estrategia de búsqueda, con el fin de que sea tan extensa como se pueda, es necesario incluir una gran cantidad de términos de texto libre para cada uno de los conceptos seleccionados. Por ejemplo:

Sinónimos: ‘llaga de presión’ OR ‘úlceras de decúbito’, etc;

Términos relacionados: ‘cerebro’ OR ‘cabeza’, etc;
y

Variaciones ortográficas: ‘tumour’ OR ‘tumor.’”

(Tomado del: Manual Cochrane 5.1.0. / Parte 2: Métodos generales para las revisiones Cochrane Capítulo 6: La búsqueda de estudios)

Con la revisión recopilada se debe seleccionar los artículos de mayor impacto científico y los más citados para construir la base bibliográfica; algunos investigadores utilizan estrategias de evaluación crítica de la literatura para determinar calidad de los estudios algunas escalas utilizadas son la SING checklist, CASpe y RevMa para evaluar riesgo de sesgos, entre otras.

Seguidamente se debe seleccionar la metodología del estudio que logre responder tu pregunta de investigación. El diseño del estudio está íntimamente ligado al análisis estadístico, dentro de los diseños epidemiológicos más utilizados se encuentran los estudios primarios de tipo observacionales (series de casos, estudios transversales, longitudinales y correlacionales), estudios analíticos de cohortes, casos y controles entre otros, algunos investigadores optan por estudios cuasi experimentales o experimentales como ensayos clínicos controlados; las tendencias mundiales en niveles de

evidencia científica se están inclinando a los estudios secundarios como revisiones sistemáticas y metanálisis. Es importante que los investigadores determinen bajo un análisis juicioso el diseño metodológico pertinente para el proyecto, delimitar la presencia de sesgos y el control de los mismos.

El siguiente paso es definir los criterios de inclusión y exclusión de los sujetos o participantes del estudio según corresponda, seguidamente uno de los pasos más polémicos en la elaboración de una investigación es el cálculo de la muestra, dado que esto no solo permite evaluar y estimar el poder de estudio, también ayuda a determinar algunos aspectos de la viabilidad del estudio como tiempo, costos, y junto con los criterios de validez interna y externa, estos aspectos son necesarios para mantener y mejorar la calidad del manuscrito.

Para finalizar se debe estructurar un análisis estadístico contundente en lo posible libre de sesgos o controlados, esta es una de las partes más importantes del estudio porque no solo permite visualizar mediante gráficas, tablas, mapas entre otros los resultados del estudio también le permitirá al lector comprender por medio de datos numéricos nuevos conceptos o nuevas estadísticas en relación al tema investigado. Existen muchas recomendaciones para la construcción de la discusión una de las más empleadas es comparar tus resultados con investigaciones similares a nivel mundial, latinoamericano, país y si existe evidencia a nivel departamental o Ciudad. Las conclusiones y recomendaciones deben estar escritas en textos cortos y contundentes que motiven al lector a continuar investigando.

Para realizar un artículo existe un esquema básico utilizado y recomendado por la mayoría de las revistas indexadas este determina que todo manuscrito debe contener: Título, resumen, palabras claves, introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y conclusiones, tal como se muestra en la figura 1.

1. El Arte de publicar

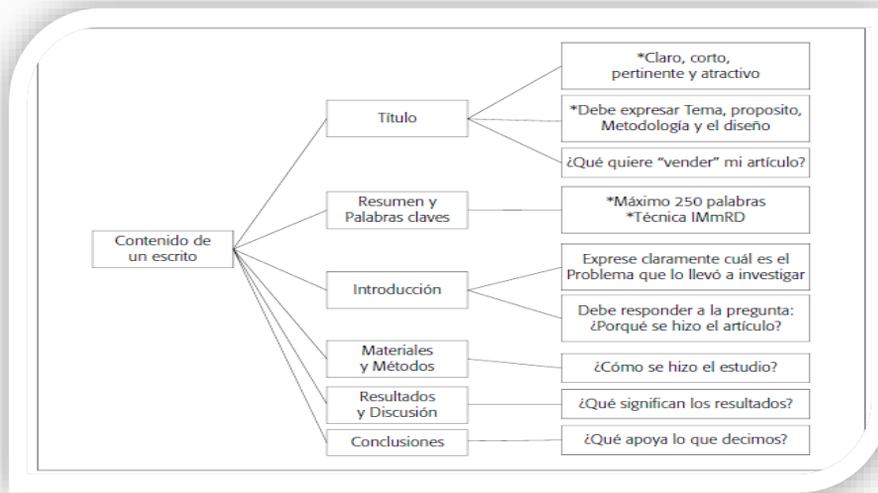


Figura1.

FUENTE: Guía práctica para publicar un artículo en revistas latinoamericanas. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (2): 311-324

Publicar artículos científicos en revistas reconocidas conlleva, entre otras ventajas, a formar el hábito y la cultura de la investigación, lograr reconocimiento y prestigio local, nacional e internacional como investigador experto (5). Además nos ayuda a poder solicitar becas, puestos de trabajo o realizar estudios de postgrado en instituciones nacionales y extranjeras y ser invitado a reuniones y conferencias científicas por la capacidad y el conocimiento generado en un tema específico(3,4).

BIBLIOGRAFIA

1. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Ann Intern Med.* 2010;152:726-32.
2. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. *J Clin Epidemiol.* 2014;67:46-51.
3. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)

statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol.* 2008;61(4):344-9.

4. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ.* 2009;339:b2535.
5. Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C, Moher D, Greenberg D, Augustovski F, et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) statement. *BMJ.* 2013;346:f1049.
6. Moher D, Tetzlaff J, Tricco AC, Sampson M, Altman DG. Epidemiology and reporting characteristics of systematic reviews. *PLoS Med.* 2007;4:e78.
7. Pocock SJ, Collier TJ, Dandreo KJ, de Stavola BL, Goldman MB, Kalish LA, Kasten LE, McCormack VA. Issues in the reporting of epidemiological studies: a survey of recent practice. *BMJ.* 2004;329:883.
8. Neumann PJ, Stone PW, Chapman RH, Sandberg EA, Bell CM. The quality of reporting in published cost-utility analyses, 1976-1997. *Ann Intern Med* 2000;132:964.
9. Guise JM, Austin D, Morris CD. Review of casecontrol studies related to breastfeeding

2. Novedades e Innovación

En el marco de la Ley 1286 de 2009 que en su Artículo 5° considera como uno de los objetivos generales del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - Colciencias, el fortalecimiento de la capacidad científica, tecnológica, de innovación, de competitividad y de emprendimiento, se ha construido un modelo para la medición de Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico o de Innovación, del cual se deriva el proceso de reconocimiento de investigadores del SNCTel.

Debido a la necesidad que tiene el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de contar con la información actualizada de la comunidad científica y académica del país; y por la importancia del reconocimiento de grupos de investigación para la participación en las diferentes convocatorias de Colciencias: se anuncia

la apertura del presente proceso con el propósito

de proveer los términos para el ingreso, actualización o inscripción de grupos y personas en los aplicativos GrupLAC y CvLAC. De este modo, con la información registrada y vinculada en dichos aplicativos se aplicarán los requisitos y criterios definidos en el Documento Conceptual de la Convocatoria de Grupos de Investigación e Investigadores, 2017 para la producción, las personas y los grupos.

Acorde con los términos de referencia del “Convocatoria nacional para el reconocimiento y medición de los Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación – SNCTel 2017 (781)” se presentan los resultados:

Reconocimiento y medición de grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico o de Innovación





Grupos Reconocidos y categorizados convocatoria 781 del 2017 vigencia a diciembre del 2019

N°	CÓDIGO DE GRUPO	NOMBRE DEL GRUPO	LÍDER DEL GRUPO	CLASIFICACIÓN DEL GRUPO
1	COL0133744	ORTHOHUS - GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	OMAR PEÑA DIAZ	B
2	COL0057268	GRUPO DE INVESTIGACION EN ENFERMEDADES DIGESTIVAS GASTROSUR	JULIÁN DAVID MARTÍNEZ MARÍN	C
3	COL0067219	ESTUDIOS DE INVESTIGACION EN CUIDADO CRITICO -ECCRIT-	MARIA TERESA OSPINA CABRE- RA	C
4	COL0074017	GRUPO DE ENFERME- RÍA- HUS	SANDRA PATRI- CIA PULIDO BARRAGÁN	C
5	COL0074302	GRUPO INVESTIGACIÓN EN RIESGO CARDIO- VASCULAR , TROMBOSIS Y ANTICOAGULACIÓN (RICAFTA)	ALFREDO PIN- ZON JUNCA	C
6	COL0126955	TRIBECA - GRUPO DE INVESTIGACIÓN LABO- RATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE HUS	ANGELA PATRI- CIA FONSECA GUTIERREZ	C
7	COL0129957	NEUROHUS	WILLIAM MAU- RICIO RIVEROS	C
8	COL0042864	GINIC-HUS	LUIS JAVIER MARTINEZ	C
9	COL0052771	INVESTIGACIÓN EN RADIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	MICHEL HERNANDEZ RESTREPO	Reconocido
10	COL0149154	CIRHUS	CARLOS MANUEL ZAPATA ACEVEDO	Reconocido
11	COL0165621	DER+	CAROLINA IVET- TE CORTES CORREA	Reconocido
12	COL0039161	INVESTIGACIONES UTOS	LUIS JORGE MEJIA PERDI- GON	Reconocido



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Grupos de Investigación HUS



3. Actividades de Apropiación Social del Conocimiento

Grupos de Investigación Radiología e Imágenes Diagnosticas

Durante el 42º Congreso Colombiano de Radiología realizado en agosto del 2017 en la ciudad de Cartagena Dr. Michel Hernandez, recibió el reconocimiento “Recertificación con Mérito” del Programa de Recertificación Médica Voluntaria de la Asociación Colombiana de Radiología, de manos de la Dra. Elcy Medina, Presidenta del Consejo de Promoción y Mejoramiento de la Calidad de la Radiología.



En la foto: Dra. Elcy Medina, Dr. Michel Hernandez.

Grupo Investigación en Riesgo Cardiovascular, Trombosis y Anticoagulación (RICAFTA).

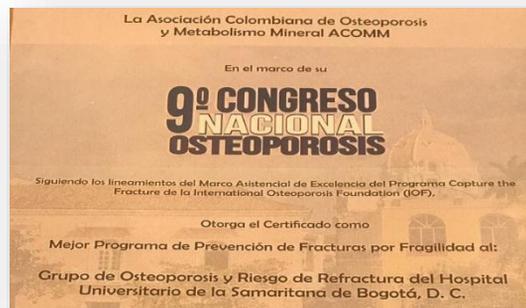
- Reacción En Cadena De Polimerasa En Tiempo Real Para Diagnóstico De Tuberculosis Pleural. Martha Alejandra Casallas Rivera, Luis Fernando Giraldo Cadavid, Ana María Cárdenas Bernal. Colombia, Colombia Medica ISSN: 1657-9534, 2017 vol:48 fasc: 2 págs: 12 .
- Lapsus Medicus: Severo o Grave. Alfredo Pinzon Junca. Colombia, Acta Médica Colombiana ISSN: 0120-2448, 2017 vol:42 fasc:1 págs: 73 - 73.

Grupo de investigación ORTOHUS



Foto: Dr. Andrés Lancho; Dra. Liliana Torres, Dra. Mireya Tapicero; Dr. Jaime Leal.

La Asociación Colombiana de Osteoporosis y Metabolismo mineral. En el marco del 9º Congreso Nacional de Osteoporosis el 26 de Agosto de 2017 se otorgó reconocimiento a mejor programa de prevención de fractura por fragilidad a: Grupo de Osteoporosis y Riesgo de refractura por el Doctor Jaime Leal, Dra. Amparo Gómez, Dra. Mireya Tapicero, Dr. Andrés Lancho, y Dra. Liliana Torres. Servicio de Ortopedia y Endocrinología del Hospital Universitario de La Samaritana.



Publicaciones nacionales e internacionales:

- Publicación Fractura bilateral de escápula como signo indirecto de traumatismo de alta energía: reporte de caso, en revista Colombiana de Ortopedia y traumatología, autores: Felipe Valbuena , Omar Peña, Amparo Gómez, Liliana Torres , Kristian Espinosa, Raschid Fajury.



Publicación en Carta Ortopédica SCCOT; ISSN 0124 -1532, Comunicaciones científicas:

- Tríada terrible de codo con subluxación crónica y lesión neurológica: tétrada terrible?. Dr. Francisco Aguilar, Dr Felipe Valbuena, Dr. Kristian Espinosa, Dr. Raúl González, Dr Julián Monroy. Enero –Febrero 2017
- Reducción Abierta de Luxación Perilunar Crónica. Dr. Francisco Aguilar , Dra Liliana Torres , Dr . Cesar Castro Septiembre - Octubre 2017,
- Artroplastia para la artrosis tibio talar primaria en paciente de Cundinamarca. Opción a la artrosis, Seguimiento A 5 Años. Dr. Manuel Niño MD, Dra. Yajaira Castro, Dra. Liliana Torres Noviembre –Diciembre 2017.
- Luxofractura anterior de cadera: Reporte de Caso. Dr. Andrés Pinzón, Dra. Liliana Torres, Dr. Paul Stangl. Noviembre –Diciembre 2017
- Artrodesis radiocarpiana vía palmar para el manejo de fracturas complejas en radio: Reporte de un caso. Dr. Francisco Aguilar, Dra. Liliana Torres, Dra. Viviana Vela. Noviembre – Diciembre 2017

Grupo de investigación Urología UROHUS

El grupo de investigación de Urología publicaron para el 2017 artículo metastasectomy of abdominal wall lesions due to prostate cancer detected through PET/CT Gallium 68-PMSA. Reporte de caso publicadp en journal homepage ELSERVIR.

Grupo de Investigación Cirugía - CIRHUS

En le marco del Congreso II congreso Internacional Sanitas BOGOTÁ, D.C., realizado en mayo del 2017

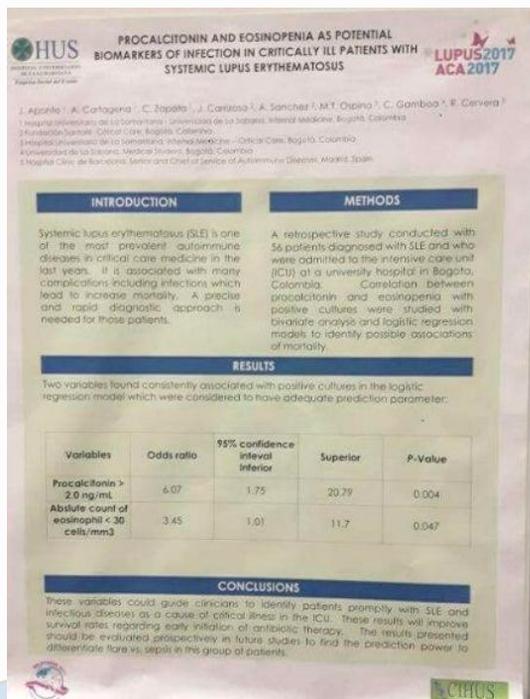
El Dr. Carlos Manuel Zapata participa como Ponente Magistral de proyecto **“Fistulas intestinales .Que hay de nuevo”** .

Grupo De Investigación Estudios De Investigación En Cuidado Crítico ECCRIT.

Durante el congreso Europeo de insectología ECCMID realizado en Viena Asutría, en el mes de abril del presente año el Dr. Jorge Aponte presenta el póster del artículo: Predictors of mortality in pacientes with infectius diseases and autoimmunity in critical care.



Para este mismo año, el grupo de investigación ECCRIT participo en el congreso Mundial de Lupus Melbourne-Australia con la presentación de dos (2) póster de investigaciones realizadas en el HUS:



Procalcitonin and eosinopenia as potential biomarkers of infection in critically ill patients with systemic Lupus Erythematosus.

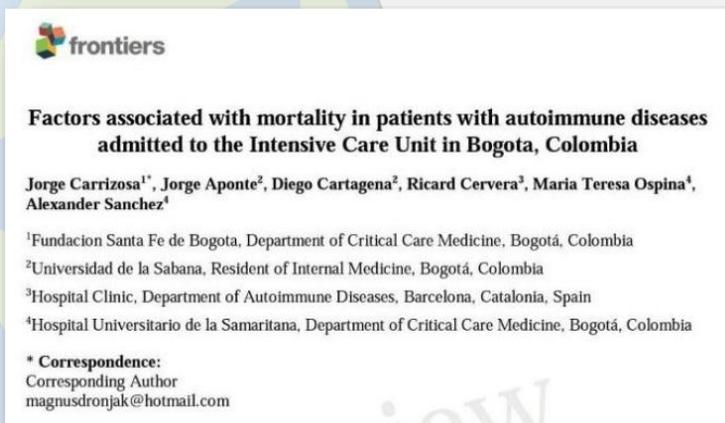
- The role of neutrophil-lymphocyte ratio (NLR) and other biomarkers (C-reactive protein CRP, count of monocytes and lymphocytes)

Publicaciones nacionales e internacionales:

- Artículo Publicado en revista especializada Suiza Q1, Frontiers In Immunology; proyecto titulado: Factors Associated with Mortality in Patients with Autoimmune Diseases Admitted to the Intensive Care Unit differentiating lupus flares and infection.

• Eventos trombóticos asociados a infección invasiva por Aspergillus: reporte de un caso: Jose Alexander Sanchez Munoz, Johanna Karina Jimenez Penagos, Diana Alexandra Garzon Alfaro, Colombia, Acta Colombiana De Cuidado Intensivo ISSN: 0122-7262, 2017 vol:10 fasc: 10 págs: 10 – 10.

• Associated with Mortality in Patients with Autoimmune Diseases Admitted to the Intensive Care Unit in Bogotá, Colombia Suiza. Jose Alexander Sanchez Munoz, Maria Teresa Ospina. Frontiers In Immunology Factors ISSN: 1664-3224, 2017 vol:8 fasc: págs: 1 – 6.



4. Divulgación Académica e Investigativa HUS

DIVULGACIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA DEL HUS.

Agradecemos a los líderes de servicio y los integrantes de los diferentes grupos de investigación del Hospital Universitario de la Samaritana, quienes realizan una ardua y valiosa labor con la construcción y ejecución de diversos eventos académicos, donde socializan los hallazgos obtenidos de procesos de investigación, comparten nuevos conocimientos, realizan transferencia de experiencias a nivel regional nacional e internacional, en lo cuales cuentan con el apoyo y la participación de ponentes y expositores entre los que se destacan Médicos, Enfermeras, Fiostrapeutas, profesiones de diversas disciplinas de la salud, especialitas, magíster, PhD e investigadores de gran trayectoria reconocidos por Colciencias y la comunidad académica de Latinoamérica y el mundo. Los eventos destacados realizados en el HUS son:

1. Servicio de Nutrición y Dieta

Grupo de Investigación NUTRIHUS



Esta jornada de nutrición se realiza anualmente con la finalidad de fortalecer y actualizar los conocimientos sobre dieta y genética se realiza desde hace doce (12) años por equipo de profesionales de nutrición.

Estos eventos han permitido mejorar la calidad de la atención al punto participa por el Galardón a la Excelencia en Nutrición Hospitalaria es una iniciativa que apoya el mejoramiento de la calidad del cuidado del paciente hospitalizado, incentivando a las organizaciones

hospitalarias para que apropien o mejoren su modelo de atención nutricional, de manera tal que, permita minimizar los riesgos relacionados con Desnutrición, mejorar y optimizar los procesos de atención y los resultados clínicos de los pacientes que requieren atención hospitalaria".



2. Servicio Banco de Sangre

Grupo de investigación TRIBECA

Simposio Banco de Sangre HUS



En el marco del simposio de banco de sangre realizado el pasado mes de octubre las Dra. Jenny Johana Pinilla y Dra. Sandra Santacruz; realizan presentación del póster:

Técnica de auto absorción para la detección de anticuerpos y manejo transfusional tras aloinjunciones previas: Caso clínico. Investigación realizada en HUS.

3. Servicio de Fisioterapia Grupo de Investigación Rehabilitación HUS

HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

XV JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN FISIOTERAPIA
"15 años comprometidos con la educación de Cundinamarca"

Fecha: Noviembre 10 de 2017
Hora: 7:00 am - 5:00 pm
Lugar: Auditorio Juan Ruiz Mora
Escuela Colombiana de Rehabilitación

INSCRIPCIONES:
fisioterapia.lider@hus.org.co - teléfono: 4077075 Ext. 10019

libero, amercana, Ace-Vany, ECR, mjnerva, LM, Dräger, Digital Healthcare

Desde hace 15 años el servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario de la Samaritana, viene realizando la Jornada Anual de Actualización, evento que aporta un valioso espacio de intercambio de conocimiento y de experiencias y que se realiza gracias al esfuerzo mancomunado de los profesionales de la institución, las universidades, educación médica y los patrocinadores que apoyan la educación continuada del los profesionales del departamento.

En el 2017 se celebró la Vigésima quinta versión con el lema "15 años educando a Cundinamarca",

esta jornada reunió a los más destacados profesionales y docentes, quienes presentaron de manera innovadora y con gran rigor científico temas de interés disciplinar que aportan sin duda al conocimiento y humanización de los servicios.

Anualmente se han buscado ejes temáticos y escenarios académicos que brinden oportunidades de aprendizaje sobre diferentes ámbitos profesionales y que atiendan todas las fases del ciclo vital humano.

4. Servicio de medicina Interna Grupo de investigación RICAFTA

Jornada de actualización en Medicina interna

HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

II JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA

Riesgos en el Paciente Hospitalizado

Dirigido a:
Médicos, Residentes, Estudiantes, Enfermería y Personal Asistencial en Salud

ENTRADA LIBRE
Cupo Limitado

Viernes 30 de septiembre de 2016
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SALÓN GOBERNADORES
Calle 26 N° 51 -53
7:30 am - 5:30 pm

Inscripción Previa: mimterna.asistente@hus.org.co
inscripcionmedicinainterna@gmail.com

acmi, Universidad de La Sabana

Para el 2015 el servicio de Medicina Interna, siendo uno de las áreas de mas afluencia de pacientes estudiantes y docentes del HUS, identificó la necesidad de mejorar los estándares de calidad en la atención en salud para ello diseñaron una estrategia de actualización;

en la primera jornada se enfocaron en la aplicación de Guías clínicas herramienta fundamental que utiliza la mejor evidencia científica existente para orientar de forma eficaz y eficiente las intervenciones en salud.



La segunda Jornada se realizó en el año 2016 con énfasis “Riesgos en el paciente hospitalizado” en el marco de la acreditación cuidar y velar por el bienestar del paciente es la prioridad del equipo de salud.

5. Servicio de Enfermería Grupo de investigación Enfermería HUS

El grupo de investigación y la subdirección de Enfermería, trabajan mancomunadamente por la construcción del cuidado del ser humano de una forma holística centrada en el paciente y su familia; partiendo de los fundamentos epistemológicos y la investigación cualitativa; las y los enfermeros del HUS se han destacado por realizar investigaciones basadas en las grandes teorías como Florencia Nightingale, Dorothea Orem, Callista Roy entre otras quien buscan identificar y acercar al personal de la salud al cuidado integral desde los conceptos de familia, comunidad, entorno, Educación /Comunicación, compasión, dolor, duelo, humanización, determinantes sociales entre otros.

En el 2017 se celebró el VII coloquio de investigación en Enfermería y el XXI congreso de actualización en Enfermería; actividades programadas y ejecutadas por los líderes de Enfermería del HUS que buscan promover la participación investigativa de esta disciplina en la comunidad científica de Cundinamarca y actualizar conocimientos, con la finalidad de fortalecer las competencias, habilidades y cualidades de los profesionales.



5. Generación de Nuevo Conocimiento

1. Percepción de necesidades del personal médico a la hora de comunicar noticias negativas a pacientes o familiares

Laura Michelle Riaño Herrán

Servicio de Psicología – Hospital Universitario de la Samaritana
Estudiante Maestría en Psicología Clínica y de la Salud – Universidad de los Andes

Resumen

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de la Samaritana (HUS), cuenta con profesionales calificados para la atención de los pacientes. Dentro de las funciones que cumple este personal se encuentra la de dar reportes y noticias a los pacientes de la unidad y a sus cuidadores que en ocasiones son negativas. Este es un procedimiento en que se ponen en juego diferentes habilidades que, por lo general, requieren de un entrenamiento para facilitar su aprendizaje e implementación. Sin embargo, para plantear dicho entrenamiento es necesario identificar en qué habilidades o áreas se necesita más refuerzo. En el caso de la UCI del hospital, no existían datos sobre la percepción de los médicos en este tema. Por lo tanto, en este estudio se realizó una caracterización del grupo de especialistas y residentes de la UCI con base en la buena parte de la literatura que se encuentra en bases de datos sobre la entrega de malas noticias hace referencia a investigaciones dentro de programas oncológicos. En esta área se han realizado estudios sobre las preferencias de los pacientes, caracterizaciones de equipos médicos, creación de guías para dar malas noticias y evaluación de las mismas.

En el caso de las preferencias de los pacientes, Brown, Parker, Furber & Thomas (2011) encontraron que los pacientes esperan lo siguiente de parte de los médicos: 1) Que le expliquen las

percepción que tienen de sus habilidades referentes a la comunicación de noticias negativas y el manejo de la reacción emocional de los pacientes y/o cuidadores. Dentro de los principales resultados se encuentra que hay mayor necesidad de entrenamiento en las áreas de asertividad y de empatía. Además se identificaron como necesidades: la inclusión del entrenamiento, las habilidades de comunicación, tanto desde la formación profesional como en la institución, el contar con un espacio institucional de privacidad, y estrategias en el manejo de de las reacciones emocionales del paciente y su familia como de las propias.

Por su parte, se encuentra que los niveles altos de autoeficacia, la comunicación de información médica y una buena relación con pacientes y cuidadores son fortalezas con las que cuenta el personal.

Introducción

Opciones de tratamiento. 2) Que el doctor se tome el tiempo para responder a las preguntas 3) Honestidad por parte del doctor. 4) Poder hacer todas las preguntas que quiera sobre los posibles tratamientos. 5) Que la información se diga tan pronto como sea posible. 6) Tener toda su atención.

En cuanto al personal médico, Baile, Lenzi, Parker, Buckman & Cohen (2002) evaluaron las actitudes de los médicos hacia el tema de dar malas noticias. Dentro de las dificultades reportadas por los médicos se encuentran:

- 1) No tener suficiente tiempo en el momento de dar la noticia
- 2) Lidar con la familia del paciente
- 3) Reaccionar de manera adecuada a las emociones del paciente.
- 4) Ser honesto sin deprimir al paciente y
- 5) manejar sus propios sentimientos negativos.

A partir de investigaciones similares a estas expuestas, se han creado guías y/o protocolos para la entrega de malas noticias. Uno de los más implementados se denomina SPIKES (Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale & Kudelka, 2000). Spikes consiste en 6 pasos principales a la hora de dar una mala noticia. El primero de los seis pasos consiste en establecer el momento de la entrevista, esto implica revisar factores ambientales e interaccionales que puedan favorecer la comunicación. El segundo punto consiste en evaluar la percepción del paciente, allí se usan una serie de preguntas para indagar sobre el conocimiento actual del paciente o cuidador sobre el diagnóstico. A partir de lo anterior, se deriva el tercer paso, en el cual se da el espacio para que el paciente presente sus dudas y preguntas. En el cuarto paso se procede a dar información correspondiente a lo que se tiene que decir. El paso cinco consiste en dirigir o manejar las emociones del paciente de manera empática, en este punto se dan una serie de sugerencias de frases y de estrategias para poder demostrar empatía. Por último, el paso seis invita a realizar un resumen y a explicar todos los procedimientos que se pueden seguir de acuerdo con el diagnóstico.

Este protocolo ha tenido diferentes experiencias exitosas en unidades de cuidados intensivos (Shaw, Davidson, Smilde, Sondoozi & Agan, 2014), en países latinoamericanos como Chile (Herrera, Ríos, Manríquez & Rojas, 2014) e incluso

fue mencionado en el cuarto congreso nacional de enfermería clínica (Clínica Medellín, 2013).

No obstante, algunas de las falencias que sugiere la literatura se refieren a habilidades de comunicación, autoeficacia, empatía y asertividad. Por lo tanto el presente estudio, hace parte de un proyecto de 3 fases cuyo objetivo general es brindar una capacitación personalizada al equipo médico de la UCI del Hospital Universitario de la Samaritana en la comunicación de malas noticias y en primeros auxilios emocionales. Por este motivo, esta primera fase consistió en caracterizar dicha población; la segunda fase consistirá en el diseño de una guía y una capacitación para el personal médico que responda a sus necesidades y un pilotaje de dicha guía; la tercera fase será la implementación de la guía y la capacitación ajustada y la evaluación de la percepción de habilidades del personal médico después de la capacitación y la guía.

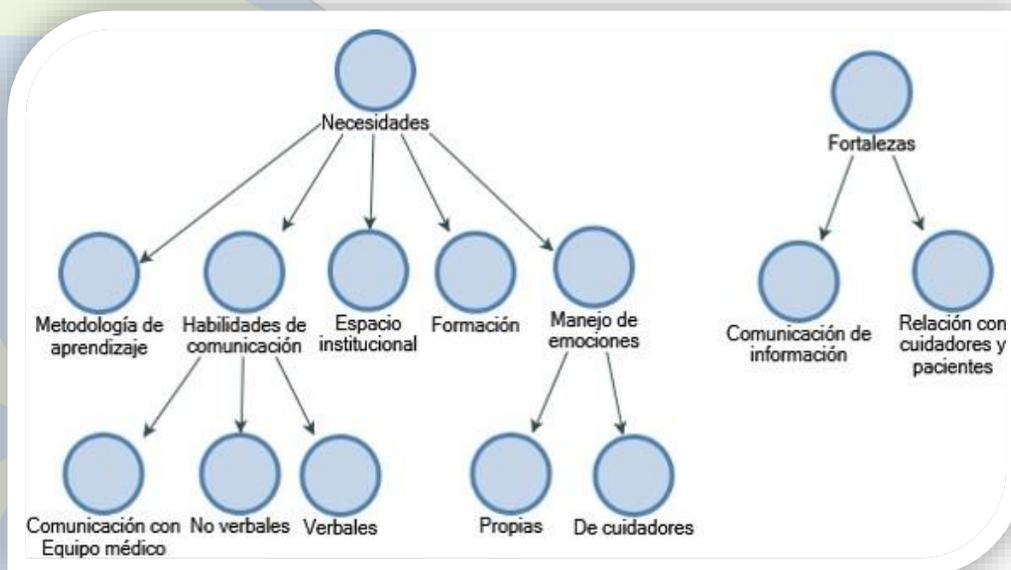
Metodología

Para recolectar y analizar los datos de este estudio se utilizaron métodos mixtos con el fin de obtener mayor profundidad (métodos cualitativos) y mayor rigurosidad (métodos cuantitativos).

En cuanto a los análisis cuantitativos, los datos se recogieron con las siguientes escalas: Test de Asertividad de Rathus (Carrasco, Clemente y Llavona, 1984), Test de empatía médica adaptada por (Díaz, Alonso, Caro, Silva, Castillo, Bilbao y Acosta, 2014) y el Test de autoeficacia general (San Juan, Pérez, & Bermudez, 2000).

Por su parte, la información cualitativa se recolectó mediante una entrevista semi-estructurada que buscó indagar sobre las experiencias y percepciones que tienen los médicos sobre el dar malas noticias a los pacientes. Estos datos se analizarán usando el análisis temático (Braun & Clarke, 2006).

En este estudio participaron cuatro médicos pertenecientes a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de la Samaritana.



Gráfica 1

Resultados

En primer lugar, en los resultados cuantitativos, se encontró que en promedio el personal médico obtuvo un puntaje que se clasifica como “asertivo” según el corte que brinda el cuestionario, lo cual indicaría capacidad de comunicarse de manera empática y clara en algunas ocasiones, aunque señala también una necesidad de mejoramiento en la habilidad ya que este puntaje se encuentra por debajo del máximo a obtener en esta escala. Por su parte, en cuanto a la escala de empatía médica, se encontró un puntaje que nos señalaría una media menor a la encontrada en otros estudios con población colombiana (Alonso, Caro, Erazo & Díaz, 2013). Finalmente, en la escala de autoeficacia, el puntaje obtenido señala un nivel elevado de la percepción de ser capaz de enfrentar situaciones complicadas donde se ponen a prueba sus habilidades.

En el análisis cualitativo, realizado con base en las respuestas de los participantes a la entrevista se obtuvieron dos temas principales que fueron denominados como necesidades y fortalezas, cada uno de estos tiene varios subtemas como se muestra en la gráfica 1.

Es importante resaltar que en esta formación de categorías se encontró mayor número de subtemas y de referencias al área de las necesidades a la hora de comunicar malas noticias. En estos temas se hace evidente, que hay una falencia desde la formación profesional. El personal médico identificó que no se cuenta con una formación desde las instituciones educativas o desde las instituciones laborales. Otros de los temas más frecuentes son los relacionados con las habilidades de comunicación y de primeros auxilios emocionales. En cuanto a la categoría de metodología de aprendizaje, se encontró que el personal prefiere aprender sobre estos temas con metodologías que hagan énfasis en la práctica mediante juego de roles.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos permiten observar que los participantes cuentan con habilidades básicas de comunicación de la información médica, de creación de relación con el paciente y autoeficacia. Esto, según sus reportes, mejora su desempeño en la entrega de malas noticias y, además, se espera que pueda facilitar el proceso de aprendizaje de otras habilidades.

En cuanto a las necesidades, los resultados señalan la importancia de realizar un fortalecimiento en habilidades referentes a la empatía, asertividad,

comunicación verbal y no verbal. Se espera que estas necesidades puedan ser atendidas con la guía y el entrenamiento que surgirá a partir de estos resultados. Adicionalmente, dentro de las necesidades de comunicación, se encuentra la necesidad de mayor comunicación entre el personal médico a la hora de dar malas noticias a los pacientes. En especial en los casos en los cuales el médico tratante no se encuentra y es uno de sus colegas quien debe comunicar la noticia a los familiares o al paciente con quien no ha establecido una relación.

No obstante, dentro del análisis también surge una necesidad que hace referencia a algo externo a los participantes, el espacio institucional. En este punto, se hacía énfasis en la importancia de tener un lugar privado y cómodo para poder comunicar la noticia y, además, darle la facilidad a la (o las) personas de expresar sus emociones y aclarar las dudas que surjan. Lo anterior, se encuentra en la literatura (Baile, et al., 2000) como uno de los requisitos fundamentales para que se pueda mejorar la comunicación de este tipo de información.

Dentro de los resultados, otra de las categorías que llama la atención fue la del manejo de emociones. En cuanto a las emociones del paciente, se evidenció la necesidad de realizar un entrenamiento en primeros auxilios emocionales que mejore las habilidades empáticas, sugiera reacciones frente a la respuesta emocional del paciente y brinde información sobre la respuesta emocional propia a estas situaciones. Esto con el fin de que esta información sea susceptible a ser comunicada al paciente como forma de normalizar las emociones, y para reducir las posibles sensaciones negativas que la respuesta emocional produzca en el médico.

En esta misma categoría se encuentra el manejo de emociones propias, en el que se evidenció que tampoco hay entrenamiento, formación o acompañamiento para el personal médico en ninguna de sus etapas de formación académica o laboral. Con respecto a esto, se espera que se incluyan en la fase II estrategias rápidas de monitoreo y manejo de emociones. Además, este tema abre un foco de interés para futuras investigaciones en las que se evalué a profundidad el manejo que dan a sus emociones las personas del equipo médico, y que se evalué su inclusión en protocolos de entrenamiento para dar malas noticias.

Para concluir, los resultados encontrados en esta caracterización representan un insumo importante para el diseño de una intervención tipo entrenamiento para el personal de la UCI, y que podría ser susceptible a ser base para entrenamientos en el tema a otros servicios del hospital y otros hospitales. Por este motivo, se propone la importancia de replicar este tipo de caracterizaciones en otros servicios del hospital o, de ser posible, en el hospital en general. Esto, con el fin de dar validez científica a la intervención que se realice y de atender a una necesidad que se puede estar presentando en toda la institución. Finalmente, para la fase II y III, se sugiere que se tenga en cuenta, además de los resultados presentados, el protocolo SPIKES durante el diseño de la intervención. Esto, debido a la gran acogida que ha tenido este a nivel internacional e inclusive nacional y a la efectividad que está demostrando.

Referencias

- Alonso, L.M., Caro, S.E., Erazo, A.M & Díaz, V.P. (2013). Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. Barranquilla 29(1)
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302-311.
- Baile, W. F., Lenzi, R., Parker, P. A., Buckman, R., & Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *Journal of Clinical Oncology*, 20(8), 2189-2196.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101
- Brown, V. A., Parker, P. A., Furber, L., & Thomas, A. L. (2011). Patient preferences for the delivery of bad news—the experience of a UK Cancer Centre. *European journal of cancer care*, 20(1), 56-61.
- Carrasco, J., Clemente, M. y Llavona, L. (1984). La evaluación de la serción a través de los inventarios de Rathus y Gambrill y Richey. *Revista española de terapia del comportamiento*, 2, 121 - 134.
- Clínica Medellín, 2013. Cómo manejar bin las malas noticias- Clínica Medellín [Archivo de vídeo]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=azTyvzLZRIw>
- Díaz, V. P., Alonso, L. M., Caro, S. E., Silva, M. G., Castillo, J. A., Bilbao, J. L., & Acosta, J. I. (2014). Orientación empática de estudiantes de medicina en tres universidades de Barranquilla, Colombia y en una universidad de República Dominicana. *Archivos argentinos de pediatría*, 112(1), 41-49.
- Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, J. M., & Rojas, G. (2014). Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1306-1315.
- Shaw, D. J., Davidson, J. E., Smilde, R. I., Sondoozi, T., & Agan, D. (2014). Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. *Critical care medicine*, 42(2), 265-271.
- Suárez, P. S., García, A. M. P., & Moreno, J. B. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Suplemento), 509-513.

2. Reacción a Medicamentos con Eosinofilia y Síntomas Sistémicos Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS)

Shirley Ariza M1, Carolina Cortés2, Elkin Peñaranda3, Juan Camilo Barrera 4

1. Residente de segundo año, Programa de Dermatología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia .
2. Médica dermatóloga; Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia
3. Médico dermatólogo; jefe, Servicio de Dermatología, Hospital de La Samaritana; profesor titular de Dermatología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia
4. Médico dermatólogo; Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia

Correspondencia

Shirley Ariza, Hospital Universitario de La Samaritana, Carrera 8 N° 0-55 sur, Bogotá, D.C., Colombia
Teléfono: (316) 699-64 88
sarizamd@gmail.com

• Resumen

El Síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), es una reacción adversa a medicamentos severa, se presenta con fiebre, erupción mucocutánea que puede llegar a ser generalizada, linfadenopatías y compromiso multiorgánico principalmente hepático y hematológico. No se conoce con exactitud su fisiopatología, pero se cree que constituye una reacción de hipersensibilidad, de origen multifactorial, incluyendo factores genéticos, inmunológicos y la reactivación o infección primaria por virus de la familia de herpes humano, principalmente herpesvirus 6. Los medicamentos más comúnmente asociados son los anticonvulsivantes aromáticos y las sulfonamidas, sin embargo cualquier medicamento puede estar involucrado.

Los esteroides sistémicos son la base del tratamiento, en casos severos la inmunoglobulina endovenosa y en casos seleccionados ganciclovir. Pretendemos revisar la bibliografía disponible, haciendo especial énfasis en los hallazgos clínicos para así contribuir a una mayor identificación de la enfermedad.

Palabras clave: Síndrome DRESS; alergia a medicamentos; síndrome de hipersensibilidad inducida por medicamentos; exantema; herpes virus; hepatitis; erupción severa a medicamentos

La Reacción a Medicamentos con Eosinofilia y Síntomas Sistémicos, DRESS denominado así por

el acrónimo acuñado por Bocquet (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*), también conocido como Síndrome de Hipersensibilidad Inducido por Medicamentos, DIHS por el acrónimo (*Drug Induced Hypersensitivity Syndrome*), fue descrito por primera vez en 1936, con el inicio del uso de la fenitoína, y posteriormente reconocido por Chaiken, quien en 1950 reportó un caso de una paciente que tomaba fenitoína, al cual denominó hipersensibilidad a Dilantin (Difenilhidantoína).^{1,2,3,4} Posteriormente se describió esta misma reacción como pseudolinfoma, por su similitud clínica e histológica al linfoma.¹

Se han usado múltiples términos desde entonces para describir la misma enfermedad, la mayoría de ellos basados en el medicamento involucrado en la reacción medicamentosa, tales como Síndrome Dapsona, Síndrome Fenitoína, Neumonía Eosinofílica, Dermatitis Exfoliativa, Síndrome de Hipersensibilidad al Alopurinol, Síndrome de hipersensibilidad a Anticonvulsivantes y Síndrome similar a la Mononucleosis.^{1,2,3,5} En 1996, Bocquet et al propusieron el término DRESS “para disminuir la ambigüedad de la denominación de Síndrome de Hipersensibilidad” y dar una descripción más precisa a esta entidad clínica.¹ Descamps et al y el grupo de Hashimoto, demostraron la relación entre esta reacción a medicamentos y la reactivación del virus del herpes humano tipo 6 (HHV-6).⁵

El DRESS/DIHS es un síndrome raro, una reacción adversa a medicamentos severa que atenta

potencialmente la vida, cursa con manifestaciones cutáneas y compromiso de órganos internos, su gravedad está directamente asociada a las manifestaciones sistémicas, que pueden progresar a falla multiorgánica, afectando tanto a adultos como niños. 1,2,3,6

Epidemiología

La incidencia del Síndrome de DRESS/DIHS es desconocida. 1 Sin embargo, se ha estimado que el riesgo general de la población varía entre 1 en 1000 a 1 en 10 000 exposiciones a medicamentos de susceptibilidad.1,2,3,4,5,6,7,8,9

Los adultos se afectan más frecuentemente que los niños, y aunque la incidencia precisa no ha sido determinada, este es mucho más común que el Síndrome de Steven Johnson, el cual tiene una incidencia de 1,2 a 6 casos por millón de personas al año. 2,3

Los pacientes que usan por primera vez fenitoína o carbamazepina, tienen el riesgo de desarrollar hipersensibilidad en los primeros 60 días después de la primera o segunda prescripción de 2,3 a 4,5 por 10.000 y de 1 a 4,1 por 10.000 respectivamente. Además se ha reportado reacción cruzada entre los anticonvulsivantes hasta en el 80%.4

Reconocer esta entidad es de vital importancia, ya que la mortalidad varía entre el 10 al 20%, se encuentra directamente relacionada con el compromiso multiorgánico (disfunción hepática, falla renal y neumonitis intersticial) y es necesario iniciar tratamiento específico. 2,3,5,7

La ocurrencia del Síndrome de DRESS/DIHS está asociada a determinados HLA para ciertos grupos étnicos y ciertos medicamentos. Hasta la fecha se ha encontrado que el HLA-B*5801 está asociado a DRESS/DIHS al alopurinol en la población china, y dicha asociación no fue reproducible en Japón. De la misma manera, el HLA-B*5701 esta asociado a DRESS a abacavir, más comúnmente en países Asiáticos. Los afrocaribeños parecen estar en mayor riesgo de desarrollar DRESS/DIHS por el consumo de minociclina.6

Etiología

El Síndrome de DRESS/DIHS se considera una reacción de hipersensibilidad severa a un

y a sus metabolitos reactivos/tóxicos, que se pueden generar como consecuencia de defectos enzimáticos en el metabolismo de los mismos. 7,10 Muchos medicamentos han sido implicados: anticonvulsivantes aromáticos, especialmente fenitoína, carbamazepina, y fenobarbital, y sulfonamidas tales como la dapsona y sulfasalazina, los cuales son considerados los más comunes (Tabla 1).1,8 La inmunosupresión predispone al desarrollo de esta condición, especialmente cuando está acompañada por una infección primaria o reactivación del HHV-6. 1,10

El síndrome de DRESS/DIHS usualmente empieza en los dos primeros meses de la ingesta del medicamento causal, más frecuentemente de 2 a 6 semanas después de su primer uso, aunque los síntomas pueden ser más precoces y más severos en casos de reexposición. 1,5

El mecanismo exacto por el cual aparecen los síntomas del Síndrome de DRESS/DIHS queda por determinar, pero en los casos relacionados con anticonvulsivantes (los que han sido más estudiados), se han descrito tres componentes:

-La deficiencia o función anormal de la epóxido hidroxilasa que detoxifica los metabolitos de anticonvulsivantes amino- aromáticos

-Reactivación secuencial de virus de la familia de herpes humano

-Predisposición étnica, por presencia de ciertos alelos de antígenos leucocitarios humanos (respuesta inmune). 2,3

Patogénesis

El síndrome de DRESS/DIHS es una entidad idiosincrática, con una fisiopatología desconocida.1,2,3,7,10 Se ha propuesto un modelo multifactorial de patogénesis, incluyendo factores genéticos e inmunológicos. Su ocurrencia debería ser determinada por la combinación de la exposición aun medicamento capaz de causar reacción adversa, dosis y periodo de uso en un paciente susceptible. 1,2,3,10

Mutación específica en genes que codifican enzimas involucradas en el metabolismo de medicamentos:

Ha sido bien caracterizado en el caso de los anticonvulsivantes el aumento del riesgo de desarrollar síndrome de DRESS/DIHS en individuos portadores de mutaciones específicas de genes que codifican enzimas que participan en el metabolismo de medicamentos, se cree que estos polimorfismos genéticos se heredan de forma autosómica dominante, lo cual explicaría la predisposición familiar y racial existente.^{1,4}

Estas mutaciones llevan a la acumulación de metabolitos tóxicos, los cuales interactúan bioquímicamente con proteínas celulares y las modifican, activan la respuesta autoinmune contra las células de la piel o el hígado y alteran la respuesta inmune induciendo la reactivación de infecciones virales.^{1,7, 11}

Mecanismo Inmunológico:

Hay una amplia aceptación de la participación del sistema inmune en la fisiopatología de la enfermedad, lo que se puede soportar por el hecho de que solo ocurre en un número limitado de pacientes y está acompañado por eosinofilia y modificación del sistema linfocítico.¹ Además, requiere sensibilización, la cual es reproducible a través de test cutáneo, sugiriendo una respuesta inmune retardada medida por células.^{1,10} Se ha reportado una positividad del test de parche de 70 a 100% de los pacientes que desarrollaron DRESS/DIHS a carbamazepina, y del 30-60% de los que lo hicieron después del uso de fenitoína, pero se desconoce qué porcentaje de pacientes tenía test de parche positivo antes del DRESS/DIHS.¹⁰

La mayoría de los pacientes se encuentran inmunosuprimidos al momento del diagnóstico. Los estudios han mostrado disminución total de los linfocitos B y de los niveles de inmunoglobulina sérica (IgG, IgA e IgM) al inicio del cuadro clínico, lo que podría contribuir a la reactivación del herpes virus humano.^{1,2,3}

Hay una expansión de las células T de memoria con reacción cruzada por medicamentos y por el virus, incremento de los niveles de factor de necrosis tumoral (TNF α) , interleuquina (IL)-6, ambas proinflamatorias e IL-5. La inflamación de la piel característica contribuye a potenciar y perpetuar la inmunosupresión, ya que las células dendríticas plasmocitoides migran a la piel encontrándose disminuidas las formas circulantes. Las células dendríticas plasmocitoides liberan interferón alfa (IFN α), que induce la maduración de los linfocitos B, y por ende en la producción de IgG antiviral. La IL-5 junto con la eotaxina son responsables de la eosinofilia significativamente reportada en estos pacientes.^{1,2,3}

Las personas con haplotipo de HLA específico con predisposición a desarrollar Síndrome de DRESS/DIHS o que tienen alteración de la estructura del citocromo, que son expuestos a un medicamento incitador o a sus metabolitos tóxicos, el HLA particular y el medicamento interactúan formando un hapteno complejo, lo que activa una respuesta inmune celular (*teoría de los haptenos*), o podría causar daño celular oxidativo promoviendo la producción de citoquinas (*teoría de la señal peligrosa*) en órganos donde se encuentra el citocromo.^{1, 10}

Reactivación de la Familia de Herpes Virus Humano

En 1998, Toyama y col. sugirieron una asociación entre la reactivación de la infección del HHV-6 y HHV-7 y el Síndrome de DRESS/DIHS, particularmente en los casos donde los síntomas clínicos eran persistentes o que había recurrencia sin existir reexposición al medicamento.^{10,12,13}

Aunque hay opiniones contradictorias a cerca de la patogénesis del síndrome de DRESS/DIHS en diferentes partes del mundo, recientes estudios han sugerido una íntima relación entre el HHV-6 y su aparición. Reportes esporádicos han mostrado que no solo el HHV-6, sino también otros tipos de herpes virus tales como HHV-7, virus del Epstein Barr (EBV) y citomegalovirus (CMV) pueden ser reactivados durante el curso del Síndrome de DRESS/DIHS (76% de los casos).^{1,2,3,12,13} Estudios con reacción en cadena de la polimerasa han

mostrado una reactivación secuencial de los herpesvirus humanos en el Síndrome de DRESS/DIHS; la cascada inicia con HHV-6 o EBV, seguido de HHV-7 y eventualmente CMV.^{1,2,3} En algunos pacientes las manifestaciones clínicas de este síndrome persisten a pesar de suspender el medicamento, coincidiendo con la reactivación del herpes virus.^{2,3}

El Síndrome de DRESS/DIHS tiene características únicas que no necesariamente son típicas de una reacción a medicamentos. Estas incluyen:

-Aparición tardía en relación a la introducción del medicamento causal.

-Hallazgos clínicos y de laboratorio que sugieren infección viral

-Episodios de exacerbación, a pesar de retirar el medicamento casual.^{2,3}

Aunque los términos DRESS y DIHS son usados de forma intercambiable, algunos autores creen que el DIHS representa la forma más severa de DRESS, con reactivación del HHV-6 detectado en la gran mayoría de los pacientes y solo en un número limitado de los pacientes con DRESS.^{2,3}

Características clínicas

Manifestaciones cutáneas

El síndrome de DRESS a menudo empieza con síntomas prodrómicos de prurito y pirexia. La fiebre generalmente precede la erupción cutánea por varios días, con temperaturas que varían desde 38 – 40°C (síntoma más común, presente 90-100% de los casos) y puede prolongarse por varias semanas, sin embargo su ausencia no excluye el diagnóstico.^{1,2,3,4,6,8,10} Aunque puede haber diversas manifestaciones cutáneas, el exantema morbiliforme es el más común (87 - 90% de los casos) y está caracterizado por un exantema maculo- papular difuso, pruriginoso y eritematoso. Este aparece primero en la cara, la parte superior del tronco y las extremidades superiores (90% de los casos), y posteriormente de disemina a extremidades inferiores,

empezando a tornarse infiltrativo e indurado con edema asociado (25% de los casos). Puede acompañarse de vesículas, ampollas, placas targetoides atípicas, purpura, pústulas foliculares y no foliculares estériles. El exantema puede progresar hasta involucrar casi toda la superficie de la piel, produciendo una dermatitis exfoliativa o eritrodermia (Figura 1), la cual puede estar asociada a compromiso de las mucosas (queilitis, erosiones, eritema faríngeo e hipertrofia de las amígdalas).^{1,2,3,4,9} El edema e infiltración bilateral de las glándulas salivares con xerostomía ha sido reportada frecuentemente.^{2,3,4}

Se asocia con frecuencia a significativo edema facial, especialmente en la región periorbitaria y mediofacial, que puede simular un angioedema (figura 2). El exantema frecuentemente evoluciona después de su presentación aguda, tomando una apariencia violácea con descamación difusa (Figuras 3 y 4). Estas características clínicas pueden permanecer por semanas o meses después de suspender el medicamento causal.^{1,2,3,4,8}

Manifestaciones extracutáneas

Múltiples órganos y sistemas pueden estar afectados en el síndrome de DRESS/DIHS. Los hallazgos sistémicos más comunes son los del sistema linfático, hematológico y hepático, seguido por manifestaciones renales, pulmonares y cardíacas. Casos atípicos de DRESS pueden tener disfunción neurológica, gastrointestinal y endocrina. Aunque cualquier medicamento puede afectar cualquiera de los sistemas mencionados, algunos tienen predilección por el compromiso de un órgano específico^{1,4} (tabla 2)

Sistema Linfático

La linfadenopatía es un hallazgo común y está presente hasta en el 75% de los casos. Los pacientes pueden tener compromiso de un ganglio linfático único o linfadenopatía generalizada con sensibilidad a la palpación de ganglios linfáticos cervical, axilar e inguinal.^{1,2,3,4,8}

Sistema hematológico

El sistema hematológico es frecuentemente afectado, se puede encontrar marcada leucocitosis, por encima de $50.000/mm^3$, linfocitos atípicos detectados en el extendido de sangre periférica, eosinofilia la cual está presente hasta en el 30% de los casos $>2.000/mm^3$, aunque puede retrasarse entre 1 a 2 semanas en ser evidente. 1,2,3,4,9

La hipereosinofilia está implicada en las manifestaciones viscerales, ya que las proteínas de los gránulos eosinofílicos son tóxicas para la mayoría de los tejidos. 1 El síndrome de DRESS/DIHS puede estar asociado, rara vez a Síndrome Hemofagocítico, un desorden hematológico raro que se manifiesta con fiebre, ictericia y hepatoesplenomegalia con hemofagocitosis. Hay una disminución de los leucocitos y las plaquetas con una elevación concomitante de la enzima lactato deshidrogenasa. El síndrome hemofagocítico generalmente ocurre 2 semanas después de la aparición de la erupción. 1,2,3,4,9

Hígado

El hígado es el órgano visceral más comúnmente afectado (50-60% de los casos), en grados variables de hepatitis.2,3,14 La fenitoína, minociclina y la dapsona son los que principalmente cursan con afectación hepática. La elevación de la ALT/TGP está presente hasta en el 70% de los pacientes con Síndrome de DRESS/DIHS, aunque hay reportes de series en que la frecuencia de este hallazgo asciende por encima del 95%, esta elevación puede persistir por varios días o meses después de la suspensión del medicamento casual. 1,4,8

La hepatitis aguda severa (ALT/TGP >10 veces el límite superior normal y/o falla hepática aguda con coagulopatía y encefalopatía) se ha reportado con mayor frecuencia en mujeres entre la segunda y cuarta década de la vida, especialmente posterior al uso de sulfasalazina. 1 La manifestación más temible es la necrosis hepática, la cual puede ser extensa y puede llevar a falla hepática, coagulopatía y sepsis. Esta es la causa primaria de la mortalidad en el síndrome de DRESS/DIHS. El trasplante hepático puede ser la única opción terapéutica en casos de hepatitis fulminante.1,4

Riñón

El 11% de los pacientes presentan enfermedad renal, principalmente nefritis intersticial.2,3,4 De todos los medicamentos asociados a falla renal, el alopurinol es el típico, seguido por carbamazepina y dapsona. Los síntomas clínicos suelen estar ausentes, aunque pueden presentar hematuria leve y proteinuria. Pueden ser visibles eosinofilos en el uroanálisis, la ecografía renal es típicamente normal. Lo predominante es la disfunción renal leve que resuelve al suspender el medicamento causal, en la minoría de los casos puede evolucionar a nefritis intersticial severa y progresar a falla renal. 1,2,3,4

Pulmón

La minociclina es el medicamento que más comúnmente causa compromiso pulmonar. Las complicaciones pulmonares incluyen alteración de la función pulmonar, neumonitis intersticial aguda, neumonía intersticial linfocítica, pleuritis y síndrome de diestres respiratorio agudo (9% de los casos). 1,2,3,4

Corazón

Usualmente cuando se presenta compromiso cardíaco se manifiesta como miocarditis. La ampicilina y la minociclina son los medicamentos más comúnmente producen compromiso cardíaco. 1 Es el compromiso de órgano que aparece más tardíamente. La miocarditis puede aparecer de dos formas: miocarditis por hipersensibilidad (también llamada miocarditis eosinofílica aguda) y miocarditis eosinofílica necrosante aguda. 14

La miocarditis por hipersensibilidad es autolimitada un vez se suspenda el medicamento causal y se trate la reacción de hipersensibilidad con inmunoterapia. El electrocardiograma muestra hallazgos inespecíficos, anormalidades del segmento ST o la onda T, retardo en la conducción o taquicardia sinusal. También se puede encontrar elevación de las enzimas cardíacas, disfunción sistólica, se han reportado casos de muerte súbita.14

La miocarditis eosinofílica necrosante aguda (ANEM, por sus siglas en inglés), es mucho más severa, se presenta con dolor torácico, elevación del segmento ST, elevación de las enzimas cardíacas y arterias coronarias normales. La mortalidad del DRESS/DIHS asociado a ANEM es mayor al 50% y la mediana de supervivencia es de 3 a 4 días. 1,4,14

Otros

Las manifestaciones neurológicas incluyen meningitis y encefalitis, las que se desarrollan de 2 a 4 semanas después de la aparición del síndrome de DRESS/DIHS y puede estar relacionada a reactivación del HHV-6. 1,2,3 El sistema gastrointestinal se afecta más frecuentemente con síntomas de gastroenteritis y deshidratación, logran encontrarse úlceras por CMV, las cuales pueden contribuir a sangrado gastrointestinal agudo. 1 Aún más raro es la

afectación de funciones endocrinológicas, y cuando aparecen son más evidentes como secuelas a largo plazo, el más afectado es el tiroides, por lo que se recomienda hacer búsqueda y monitorización después de resuelta la enfermedad con TSH y T4 libre, en segundo lugar el páncreas con aparición de diabetes mellitus tipo 1. 1,2,3

La mortalidad puede llegar al 20%, especialmente en casos de edad avanzada, falla renal, ictericia o hepatitis con reactivación del CMV. 2,3

Hallazgos histopatológicos

El análisis histopatológico de muestras de piel y órganos viscerales pueden ayudar a confirmar el diagnóstico de síndrome de DRESS. El hallazgo más común en la biopsia de piel es un denso, infiltrado perivascular de linfocitos en la dermis papilar, con extravasación de eritrocitos, eosinófilos y edema de la dermis. El infiltrado generalmente es más denso que en otras reacciones a medicamentos. Los eosinófilos pueden estar presentes, los cuales se piensan son la causa directa del daño tóxico de los tejidos como se en otras condiciones patológicas con eosinofilia. Pueden estar presentes linfocitos atípicos, formando un

infiltrado liquenoide con epidermotropismo, similar a la micosis fungoides, ocasionalmente se pueden visualizar granulomas. 1,2,3,15.

Criterios diagnósticos

No hay un estándar confiable para el diagnóstico del Síndrome de DRESS/DIHS, se deben excluir otras condiciones como infecciones, neoplasias, enfermedades autoinmunes y enfermedades del tejido conectivo.

Los criterios diagnósticos propuestos son basados en características clínicas y de laboratorio. Las pruebas clínicas y la biopsia son útiles pero no específicas. 1,2

Bocquet y colaboradores propusieron los criterios originales para establecer el diagnóstico de Síndrome de DRESS (Tabla 3). El registro Europeo del grupo de estudio de reacciones adversas cutáneas severas, (RegiSCAR) expandió los criterios diagnósticos propuestos por Bocquet (tabla 4). 1,2,3

Otros criterios diagnósticos han sido propuestos por El comité de investigación Japonés sobre reacciones adversas cutáneas severas (J-SCAR), quienes resaltan el papel del HHV-6 en el síndrome de DRESS, y se ha mostrado en múltiples estudios una alta prevalencia de HHV-6 en esta población a diferencia de otros países, por esto esta escala no es aplicable en nuestra población. 1,11.

Tratamiento

El reconocimiento temprano y la suspensión del medicamento potencialmente casual es el paso indispensable para la mejoría clínica. No debería administrarse tratamiento empírico con antibióticos y/o antiinflamatorios durante la enfermedad aguda, pues podrían confundir o empeorar el cuadro clínico por una inexplicable reactividad cruzada entre medicamentos. 2,3,16.

El tratamiento de DRESS se basa en la administración de esteroides sistémicos (dosis ≥ 1 a 1.5 mg/Kg/día de prednisona o equivalente), el que lleva a una mejoría marcada de los síntomas y

parámetros de laboratorio (Figura 5). Si los síntomas empeoran a pesar del uso de esteroides, otras opciones reportadas en serie de casos son pulsos de metilprednisolona (30mg/Kg/día IV por 3 días), inmunoglobulina endovenosa y plasmáferesis, o combinación de estos. 2,3,16.

En la presencia de casos leves, pueden resolver solo retirando el medicamento causal y tratamiento de soporte por pocas semanas, incluso sin el uso de esteroides. 2,3,4,17

La sociedad francesa de dermatología, publicó los resultados del consenso de expertos para el abordaje terapéutico del DRESS/DIHS:

-En ausencia de signos de severidad: esteroides tópicos (potentes o muy potentes), emolientes, anti H1

-Presencia de signos de severidad (transaminadas >5 veces el normal, compromiso de órgano: renal, neumonía, hemofagocitosis, cardíaco, etc): esteroide sistémico o su equivalente a 1mg/Kg por día y evaluación multidisciplinaria

-Signos que amenazan la vida (hemofagocitosis con falla medula ósea, encefalitis, hepatitis severa, falla renal, falla respiratoria): esteroides generalmente asociados con inmunoglobulina endovenosa a dosis de 2g/Kg por 5 días. Evaluación multidisciplinaria.

-Presencia de signos de severidad con confirmación de una importante reactivación viral: combinación de esteroides sistémicos con agentes antivirales (ganciclovir y/o inmunoglobulina endovenosa) 2,3

Conclusión

El síndrome de DRESS/DIHS es una toxicodermia severa, con síntomas cutáneos y sistémicos, que puede comprometer la vida si se retrasa el diagnóstico, todas las especialidades médicas deberían estar en la capacidad de identificar los signos y síntomas, para así implementar tratamiento agresivo evitando complicaciones y por ende mortalidad.

Referencias Bibliográficas

- Husain Z, Reddy B, et al. DRESS syndrome Part I. Clinical perspectives. J Am Acad Dermatol 2013;68:693.e1-14

- Criado P., Avancini J. et al. Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS): A Complex Interaction of Drugs, Viruses and the Immune System. Isr Med Assoc J. 2012; 14(9):577-82
- Criado P., Fachini R. et al. Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS)/Drug-Induced Hypersensitivity Syndrome (DIHS): a review of current concepts. An Bras Dermatol. 2012; 87(3):435-49
- Kumari R., Timshina D. et al. Drug hypersensitivity syndrome. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2011; 77 (1):7-15
- Kano Y., Shiohara T. The Variable Clinical Picture of Drug-Induced Hypersensitivity Syndrome/Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms in Relation to the Eliciting Drug. Immunol Allergy Clin N Am 2009; 29: 481-501
- Descamps V., Ranger S. DRESS syndrome. Revue du rhumatisme 2014; 81:16-22
- Cacoub P., Musette P. et al. The DRESS Syndrome: A Literature Review. Am J Med 2011; 124:588-597
- Cardoso C., Vieira A. et al. DRESS syndrome: a case report and literature review. BMJ Case Rep. 2011; 3
- Rabenkogo A., Vigue M. et al. DRESS syndrome. Arch Pediatr. 2015;22(1):57-62
- Pereira N., Piquioni P. et al. Risk factors associated with DRESS syndrome produced by aromatic and non-aromatic antiepileptic drugs. Eur J Clin Pharmacol 2011; 67:463-470
- Descamps V. Human herpesvirus 6 involvement in paediatric drug hypersensitivity syndrome. Br J Dermatol. 2015;172:844-860
- Eshki M., Allanore L. et al. Twelve-Year Analysis of Severe Cases of
- Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms: A Cause of Unpredictable Multiorgan Failure. Arch Dermatol. 2009;145(1):67-72
- Descamps V. Human herpesvirus 6 involvement in paediatric drug hypersensitivity syndrome. Br J Dermatol. 2015;172:844-860
- Bourgeois G., Cafardi J. et al. A review of DRESS-associated myocarditis. J Am Acad Dermatol 2012;66:e229-36

3. CARACTERIZACIÓN Y PERFILES DE PACIENTES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL LA SAMARITANA, 2008-2014.

Mercedes Solarte Palacios¹, José Alexander Sánchez Muñoz², Daniel Alejandro Buitrago Medina³.

Medico, Esp. Medicina Crítica y Cuidados Intensivos-Hospital Universitario de la Samaritana
Medico, Esp. Medicina Interna; Esp. Medicina Crítica y Cuidados Intensivos- Hospital Universitario de la Samaritana
Medico, MSc Epidemiología- Docente Universidad del Rosario.

Introducción:

El estudio de la morbilidad materna extrema ha tomado importancia en los últimos 20 años como una estrategia para optimizar la atención obstétrica y disminuir los casos de mortalidad materna, convirtiéndose en un indicador importante de calidad en salud que refleja el grado de desarrollo de una región. El ingreso a UCI de pacientes con MME es de aproximadamente 10% en los países en vías de desarrollo, si bien hay varios estudios en Colombia y el mundo, la variabilidad de los resultados encontrados en estos, hace necesario realizar una caracterización de las pacientes atendidas en la UCI del Hospital Universitario de La Samaritana de Bogotá.

Identificar las características sociodemográficas, clínicas, los diagnósticos de ingreso, las intervenciones requeridas, el tiempo de estancia y establecer los perfiles en las pacientes que ingresan a la UCI con MME permite obtener la información necesaria para tomar decisiones clínicas, determinar la planeación, administración y distribución de recursos para brindar una atención oportuna y acorde a las necesidades de las pacientes en este contexto clínico.

Las pacientes obstétricas constituyen una población de interés, dado el alto costo social y económico que constituye un caso de morbilidad extrema y más uno de mortalidad materna, por lo cual es conveniente optimizar su atención en la UCI. Con este trabajo se contribuye a la generación de nuevos conocimientos, permitiendo establecer comparaciones con

otras poblaciones del país y del mundo, así mismo, puede dar inicio a líneas de investigación en cuidados intensivos en el área obstétrica.

Objetivo General

Caracterizar las pacientes con morbilidad materna extrema que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos del Hospital de La Samaritana en los años 2008 al 2014.

Objetivos específicos

- ✓ Describir características sociodemográficas de las pacientes del estudio.
- ✓ Identificar las características clínicas y los diagnósticos de ingreso de las pacientes del estudio.
- ✓ Describir las intervenciones realizadas a las pacientes con MME en la UCI y el tiempo de estancia en la unidad.
- ✓ Determinar las condiciones más frecuentes y sus perfiles en las pacientes con MME.

Metodología:

Tipo y diseño general del estudio: Estudio observacional, descriptivo transversal retrospectivo.

Población y muestra: Pacientes en estado de gestación o hasta los 42 días posparto, que ingresaron a la Unidad de cuidados intensivos del Hospital La Samaritana desde el 1 de enero de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2014 con morbilidad materna extrema.

Marco muestral: De acuerdo al registro del libro de ingresos a la unidad de cuidados intensivos, se tuvo acceso a la historia clínica de 95 pacientes con las

características descritas en la población objetivo, estas fueron numeradas de acuerdo a la fecha de ingreso

Criterios de inclusión y exclusión:

Se incluye en el estudio las mujeres en gestación de cualquier edad gestacional y pacientes en puerperio hasta los 42 días posparto, con morbilidad materna extrema, que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos del Hospital La Samaritana entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2014.

Plan de procesamiento y análisis de datos

En primera instancia, se realizó un análisis para depuración de datos e identificación de valores perdidos; una vez consolidada la base, se procedió a realizar un análisis descriptivo univariado en el que las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencia absolutas, relativas y razones; el análisis para las variables cuantitativas, se realizó de acuerdo con su distribución mediante el promedio, mediana, moda, percentiles, desviación estándar, varianza, error estándar de la media y coeficientes de variación. Se determinó la normalidad mediante el estadístico de Kolmogorov–Smirnov.

Resultados:

Características sociodemográficas: La media de la edad de las pacientes fue de 24,3 años, con una desviación estándar (DE) de 7,2 años; aproximadamente el 10% de las pacientes eran menores de 16 años y el 10% mayores de 35. Al comparar la edad de las mujeres atendidas, de acuerdo con el estado final, se observó que las mujeres que fallecieron tenían en promedio 5 años más (29 años) con respecto a las que sobrevivieron (24,2 años),

Solo el 3% de la población se clasificó como afrodescendientes o indígenas, la gran mayoría pertenecían al grupo étnico mestizas. Casi tres cuartas partes de la población convivían con una pareja estable, mientras que la tercera parte de ellas estaban solteras al momento de la hospitalización; en una gran proporción desempleadas y aproximadamente la mitad había cursado la primaria, una cuarta parte tenía estudios secundarios, una mínima parte de la población tenía formación técnica y universitaria y cerca del 14% no tenían ningún tipo de escolaridad.

La mayoría de pacientes ingresaron a la UCI, remitidas de otra institución, el 68% y pertenecían al régimen. (Ver tabla 1)

Tabla 1: Características sociodemográficas de las pacientes que ingresaron a la UCI del Hospital Universitario de la Samaritana años 2008 a 2014.

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Remisión	Si	82	88,2
	No	11	11,8
Grupo étnico	Indígena	2	2,2
	Afro	1	1,1
	Otra	88	96,7
Estado civil	Soltera	29	34,5
	Casada	55	65,5
Trabaja	Si	10	11,4
	No	78	88,6
Escolaridad	Primaria	26	51,0
	Secundaria	14	27,5
	Técnico	1	2,0
	Profesional	3	5,9
Tipo de aseguramiento	Ninguna	7	13,7
	Contributivo	15	15,8
	Subsidiado	64	67,4
Estado final al egreso de UCI	Vinculado	16	16,8
	Vivo	93	97,9
	Muerto	2	2,1

Fuente: Base de datos UCI

Característica del embarazo actual:

En los diagnósticos no obstétricos se encontraron diversas patologías con frecuencias muy bajas, entre ellas: tromboembolismo pulmonar, comunicación interauricular e hipertensión pulmonar, dengue, mola hidatiforme, intoxicación por carbamatos, hepatitis lúpica, crisis hemolítica de anemia falciforme.

El puntaje de APACHE II de ingreso fue de 6,23 en promedio, el máximo valor calculado para este Score fue de 21 puntos en dos pacientes y el mínimo fue de 0 puntos; la mayoría de las pacientes tenían puntaje menor de 9 al ingreso y solo el 2% tenía un puntaje superior a 20 puntos.

La mayoría de las pacientes no presentó ninguna alteración placentaria ni de las membranas ovulares; solo en el 13% se presentaron Oligoamnios, placenta previa

La vía de terminación del embarazo en la mayoría de los casos fue cesárea, los partos vaginales a su vez, fueron en su mayoría inducidos; menos del 10% de los embarazos terminaron en aborto y legrado obstétrico.

Tabla 2. Características del embarazo actual

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Controles prenatales	Menos de 5	20	31,7
	5 o más controles	43	68,3
Embarazo actual	Hospitalizaciones en el embarazo actual	40	42,6
	Hemorragia antes semana 20	5	5,4
	Hemorragia después semana 20	5	5,4
	Diabetes gestacional	3	3,2
	Hipotiroidismo	1	1,1
	Ninguno	54	56,8
Hospitalización relacionada con el tiempo de parto	Antes del parto	18	25,3
	Post parto	53	74,7
APACHE II de ingreso	0 a 4 puntos	40	42,1
	5 a 9 puntos	36	37,9
	10 a 14 puntos	12	12,6
	15 a 19 puntos	5	5,3
	20 a 24 puntos	2	2,1
Condición Obstétrica especial	Oligoamnios	4	4,2
	Placenta previa	3	3,2
	Acretismo placentario	3	3,2
	Ruptura prematura de membranas	3	3,2
	Ninguna	82	86,3
Tipo de parto	Cesárea de emergencia	65	68,4
	Parto vaginal espontaneo	2	2,1
	Parto inducido	8	8,4
	Aborto y legrado	7	7,4

En el periodo estudiado, se presentaron 2 muertes maternas en las pacientes atendidas en la unidad, con una tasa de Mortalidad materna de 43,96/100.000 nacidos vivos, las pacientes que fallecieron tenían un puntaje de APACHE II entre 10 y 14 puntos al momento de ingreso a UCI, y la causa de muerte de las pacientes fue preclampsia severa y hepatitis lúpica.

Oxigenoterapia a largo plazo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) residentes a gran altura (2.640 metros sobre el nivel del mar). Evaluación de una propuesta de modificación de criterios

Tabla 4: Características clínicas y signos vitales de las pacientes a su ingreso a la UCI.

Variable			
Frecuencia Cardíaca (Latidos por minuto)	110 y mas	27	28,5
	55 – 109	67	70,5
	Menos de 55	1	1,1
Frecuencia respiratoria (respiraciones por minuto)	25 – 34	9	9,5
	12 – 24	83	87,4
	10 – 11	3	3,2
Temperatura (°C)	38,3 y mas	1	1,1
	36 a 38,2	86	95,6
	35,9 y menos	3	3,3
Saturación de Oxígeno (%)	Menos de 90	6	6,5
	90 y más	86	93,5
Presión arterial sistólica (mmHg)	160 y más	21	22,1
	140 – 159	15	15,8
	90 – 139	50	52,6
	Menos de 90	9	9,5
Presión arterial diastólica (mmHg)	110 y mas	12	12,6
	60 – 109	70	73,7
	Menos de 60	13	13,7
Presión arterial media (mmHg)	161 y más	33	34,8
	65 – 109	55	57,9
	Menos de 65	8	8,4
Escala de coma de Glasgow	Menos de 9 puntos	2	2,1
	9 a 13 puntos	8	8,4
	14 y 15 puntos	76	80
	No valorable por sedación del paciente	4	4,3

La frecuencia cardíaca al ingreso en promedio fue de 95 Latidos por Minuto (lpm), con DE 20,8; solo un tercio de las pacientes presentaba anormalidad en este signo vital, con predominio de taquicardia; la frecuencia respiratoria en promedio fue de 18 respiraciones por minuto (rpm), DE 4,8 rpm, 1 de cada 10 mujeres presentaba polipnea. La temperatura en promedio fue de 36,7°C (DE 0,7°), solo una paciente presentó fiebre con una temperatura de 39°C; la saturación de oxígeno en promedio fue de 94% (DE 4,3), menos del 10% de las pacientes presentaban saturación de Oxígeno menor del 90%. El peso en promedio fue de 54,9 Kg (DE 9,6) y la media de la talla 157 cm (DE 6,1).

La presión arterial media de 99,2 mmHg (DE 25,8); la alteración predominante de este signo vital fue la hipertensión, menos del 10% tenían hipotensión. En cuanto a la condición neurológica de ingreso, la mayoría de pacientes presento 14 o más puntos en la escala de coma de Glasgow, menos del 10% tenían puntaje menor de 14 y algunas pacientes se encontraban bajo sedación, motivo por el cual no se pudo valorar su estado de conciencia con esta escala.

La media de la concentración de creatinina fue de 0,8 mg/dL (DE 0,7), y de BUN 13,4 mg/dL (DE 10,6), una cuarta parte de las pacientes presentaba elevación de las pruebas de función renal. La media en el recuento plaquetario fue de 199.800/mm³ (DE 147.800), 4 de cada 10 pacientes presentó trombocitopenia, en menos del 10% la trombocitopenia fue severa. La media de hemoglobina y hematocrito fue de 11,9 g/dL (DE 4,0) y 33,5% (DE 6,9) respectivamente, un tercio de las pacientes presentó anemia con hematocrito menor del 30%, menos del 5% de las pacientes

presento anemia severa con Hb menor de 5g/dL.

La media del recuento de leucocitos fue de 13,300 (DE 7.200), la leucocitosis fue encontrada en una tercera parte de las pacientes. Los valores de la media de bilirrubina total, TGO (Transaminasa glutámico oxalacética) y TGP (Transaminasa glutámico pirúvica) fueron de 2 mg/dL (DE3,8), 176,2U/L (DE 354) y 108,3U/L (DE 177,3) respectivamente, menos del 20% tenía hiperbilirrubinemia, cerca de la mitad de las pacientes presentó elevación de las transaminasas. La mayoría de las pacientes presentaron valores normales de glicemia central; menos del 10% presentaron hipoglicemia y cerca del 13, hiperglicemia.

en dos o más órganos de manera simultánea. La mayoría de las pacientes presentaban equilibrio acido base en los gases arteriales, el 15% de las pacientes presentó acidemia al ingreso, ésta en su mayoría de origen metabólico, el valor de lactato sérico estaba normal en la mayoría de las pacientes.

Disfunción de órganos y sistemas de las pacientes en UCI

La mayoría de las pacientes presentó disfunción de 1 o más órganos, menos del 10% 8% no tenía disfunción de ningún órgano, de las pacientes con disfunción de órganos, la mayoría tenía alteración

Tabla 6. Disfunción de órganos y sistemas en las pacientes atendidas en la UCI

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Neurológicas	Alteración del estado de conciencia	18	18,9
	Cefalea severa	6	6,3
	Eclampsia	5	5,3
	Fosfenos	3	3,2
	Tinitus	3	3,2
	Hiperreflexia	3	3,2
Cardiovascular	HTA persistente	42	44,2
	Choque	20	21,1
	IAM	2	2,1
	Ninguno	31	32,6
Compromiso	Hematológico	36	37,9
	Hepático	30	31,6
	Ventilatorio	27	28,4
	Renal	13	13,7
Fetal	Doppler alteración	4	4,2
	Óbito	5	5,3
	Abrupto	2	2,1
	Ninguno	84	88,4
Numero de órganos y sistemas comprometidos	Ningún órgano	8	8,4
	Un órgano	22	23,2
	Dos órganos	25	26,3
	Tres órganos	25	26,3
	Cuatro órganos	6	6,3

Discusión

Entre el 2008 y el 2014, la tasa de ingreso de pacientes obstétricas a la UCI del hospital Universitario de La Samaritana fue de 4,6%, cifra que se encuentra dentro de lo establecido para países en vías de desarrollo (11, 12, 15, 27, 28, 34), durante el mismo periodo fueron atendidos 4.549 partos en la institución, para una tasa de admisión de 20,1/1.000 nacimientos. Los estudios realizados en Europa, Norteamérica, India, Arabia, China reportan tasas de ingresos entre 2 - 5/ 1.000 nacimientos (15, 19, 23); observándose una importante discrepancia con respecto al presente estudio, lo que podría explicarse por la gran heterogeneidad en los criterios de ingreso, la disponibilidad y proximidad geográfica a las unidades de cuidados intensivos que influyen en el número de pacientes que finalmente ingresan a la UCI.

El 16% de las pacientes del estudio pertenecían al régimen contributivo, 67% al régimen subsidiado y el 17% al vinculado: el promedio de edad y del puntaje de APACHE II fue similar en todos los regímenes de seguridad social. Las pacientes que fallecieron, pertenecían al régimen subsidiado, a diferencia de los resultados encontrados en un estudio realizado en Argentina, donde se encontró que las pacientes sin seguridad social presentaron condiciones más graves, peores puntajes de APACHE II y SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) al ingreso, mayor tasa de pérdidas neonatales y de mortalidad materna, menor edad y mayor frecuencia de remisiones desde otros centros, en comparación con las pacientes con seguro médico privado (34). El presente estudio muestra que las pacientes con aseguramiento subsidiado y contributivo presenta características similares con relación a factores sociodemográficos y clínicos pero los casos de mortalidad materna, aunque ocurrieron con una frecuencia muy baja, todos se presentaron en pacientes del régimen subsidiado, planteando un tema de interés para profundizar en otro estudio, donde se pueda hacer comparación de estas características y desenlaces entre los diferentes regímenes de seguridad social en Colombia (96).

Conclusiones y recomendaciones

La tasa de ingreso de pacientes obstétricas a la UCI en el Hospital de la Samaritana se encuentra dentro de los rangos esperados para un hospital de un país en vías de desarrollo, con una tasa de mortalidad baja, teniendo en cuenta la disfunción de órganos y compromiso clínico encontrado. Las características sociodemográficas comunes fueron edad en rango medio de fertilidad, etnia mixta, baja escolaridad y en contraste con lo reportado por la literatura, predominaba la unión marital estable.

Una alta proporción de las pacientes no presentaban ningún tipo de antecedente

patológico ni tuvieron diagnósticos de patologías importantes durante la actual gestación, de estos antecedentes, el más prevalente fue la Hipertensión arterial crónica, el diagnóstico de ingreso más común de las pacientes hospitalizadas en la UCI fue la preeclampsia severa, la mayoría ingresaron en el periodo postparto, con una edad gestación de 33 semanas en promedio, de estas la mitad eran primigestantes y aproximadamente el 70% habían tenido por lo menos 5 controles prenatales; la vía de terminación del embarazo en la mayoría de los casos fue cesárea.

Los perfiles de pacientes identificados en el estudio tienen dos extremos, por un lado pacientes sin mayor compromiso orgánico ni alteraciones en sus signos vitales o exámenes de laboratorio pero que presentan un potencial riesgo en su estado de salud dado su condición clínica. Las pacientes que ingresan a la UCI para monitorización, por otro lado se encuentra el perfil de pacientes con peores condiciones dadas por compromiso simultáneo de 5 o más órganos y sistemas, que tienen estancias más prolongadas en la unidad y requieren más número de intervenciones, que por el número de casos de mortalidad tan bajos, no fue posible determinar los factores pronósticos y las diferencias entre supervivientes y no sobrevivientes.

Referencias bibliográficas

1. OMS . (Internet) Mortalidad materna. Bogota D. C., Colombia : s.n., 1 de Septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Alkema L, Chou D, Hogan D, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the un Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016; 387(10017):462-474.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) Ficha Indicadores_DptoMpio_20161118.
4. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Sulaiman Z, Azman MY. Severe maternal morbidity and near misses in tertiary hospitals, Kelantan, Malaysia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2016;16(1):229.
5. Bouvier-Colle MH, Mohangoo A, Gissler M, et al. What about the mothers? An analysis of maternal mortality and morbidity in perinatal health surveillance systems in Europe. *BJOG*. 2012;119(7):880-9.
6. Stones W. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. *Health Trends*. 1991; 13-15.
7. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss - towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009; 23(3):287-296.
8. Nelissen E, Mduma E, Broerse J, et al. Applicability of the WHO Maternal Near Miss Criteria in a Low-Resource Setting. *PLoS One*. 2013;8(4):1-8.
9. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Informe técnico: "La Morbilidad Materna Extrema en la Red Hospitalaria del País" Estudio Multicéntrico Realizado en los Hospitales de Quetzaltenango, Huehuetenango, San Marcos, Quiché y Alta Verapáz, Durante los meses de septiembre a diciembre 2013. Guatemala; 2014 Marzo.
10. González JAS, Machado MG, Gutiérrez AC, Casal MEB, Tempo DC. Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave. *Rev Cuba Obstet y Ginecol*. 2010;36(2):4-12.
11. Karnad DR, Lapsia V, Krishnan A, Salvi VS. Prognostic factors in obstetric patients admitted to an Indian intensive care unit. *Crit Care Med*. 2004;32(6):1294-1299.
12. Baskett TF. Epidemiology of obstetric critical care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008;22(5):763-774.
13. Murphy DJ, Charlett P. Cohort study of near-miss maternal mortality and subsequent reproductive outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002;102(2):173-178.
14. Callaghan WM, MacKay AP, Berg CJ. Identification of severe maternal morbidity during delivery hospitalizations, United States, 1991-2003. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199(2):1-8.
15. Munnur U, Karnad DR, Bandi VDP, et al. Critically ill obstetric patients in an American and an Indian public hospital: Comparison of case-mix, organ dysfunction, intensive care requirements, and outcomes. *Intensive Care Med*. 2005; 31(8):1087-1094.
16. Jabir M, Abdul-Salam I, Suheil DM, et al. Maternal near miss and quality of maternal health care in Baghdad, Iraq. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13:11.
17. Naderi T, Forooodnia S, Omid S, Samadani F, Nakhaee N. Incidence and correlates of maternal near miss in southeast Iran. *Int J Reprod Med*. 2015; 2015:914713.
18. Bashour H, Saad-Haddad G, DeJong J, et al. A cross sectional study of maternal "near-miss" cases in major public hospitals in Egypt, Lebanon, Palestine and Syria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15(1):296.
19. Zeeman GG. Obstetric critical care: a blueprint for improved outcomes. *Crit Care Med*. 2006;34(9 Suppl):S208-14.
20. O'Malley EG, Popivanov P, Fergus A, Tan T, Byrne B. Maternal near miss: What lies beneath? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016; 199:116-120.

4. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE FORMACIÓN DE ENFERMERAS (OS) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA DURANTE LOS AÑOS 2015 Y 2016.

Martha Cecilia Arias Portillo¹; Leila Bautista Plazas² Juan Clemente Guerra Guerra³.

Enfermera Esp. Auditoria; Esp. Docencia Universitaria
Enfermera Esp. Bioética, Esp. Terapia Enterostomal; - Hospital Universitario de la Samaritana.
Enfermero Esp. Docencia Universitaria; MSc en Enfermería

Resumen

El objetivo de este estudio fue conocer las características que el proceso de formación continua de los profesionales de enfermería ha tenido en el Hospital Universitario De La Samaritana durante los años 2015 y 2016.

El presente estudio tiene un enfoque histórico hermenéutico, apoyado en la metodología cualitativa, como base para la interpretación desde la percepción de los participantes y el descubrimiento del significado profundo de estas voces como las características del proceso formación continua de los profesionales de enfermería en el HUS.

Diseño metodológico cualitativo, se utilizó una entrevista semiestructurada, con un tipo de muestreo teórico por saturación, de donde se obtuvieron las percepciones de los participantes voluntarios, que se confrontaron con la teoría y el diálogo de los investigadores, de esta triangulación, se llegó a una conceptualización final de cuatro principales categorías deductivas: Características del proceso de formación continua, oportunidades de mejora, calidad de la atención y crecimiento personal y profesional.

Palabras Clave: Características, formación continua, profesional de enfermería.

Introducción

El proceso pedagógico de formación continua, es aquel en el cual se ponen en práctica elementos de educabilidad y enseñabilidad en pro de construir un nuevo conocimiento. A partir del hecho que los seres humanos en la edad adulta tienen un conocimiento previo; no se parte de cero. Todas las personas, de una u otra manera, han desarrollado y puesto en práctica elementos del saber pedagógico y disciplinar. Independientemente del grado de escolaridad, hay una experiencia previa, estas actividades desarrollan conocimientos que se van anclando en la historia de vida de cada ser humano.

La educación enfrenta actualmente cambios en su modelo educativo, estrategias de enseñanza, metodología, tiempos, didáctica, contextos, alumnos; el modo de acceder a la información y de adquirir conocimientos.

Los profesionales de enfermería no somos ajenos a esa realidad, es por eso fundamental descubrir las características de los procesos de formación continua en los cuales estamos inmersos y a partir de ese descubrimiento, contar con herramientas

que nos permitan mantener aquellos procesos que van bien dirigidos, trabajar en las oportunidades de mejora identificadas y revisar y reestructurar aquello que no ha funcionado en el tiempo.

Este trabajo de investigación no termina en el punto final de la última página del presente documento. **Objetivos**

Objetivo general

Conocer las características que ha tenido el proceso de formación continua de los profesionales de enfermería, en El Hospital Universitario De La Samaritana, durante los años 2015 y 2016.

Objetivos específicos

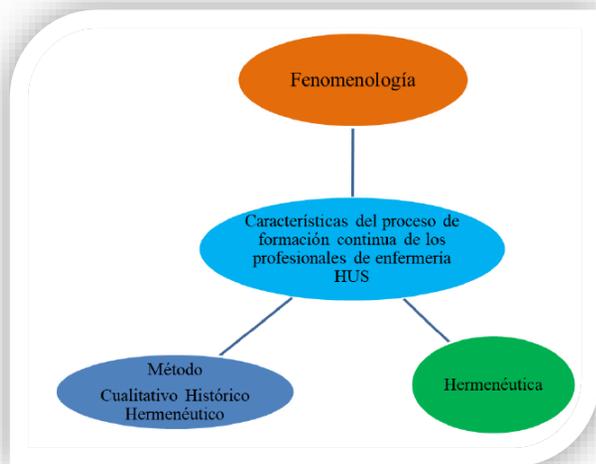
Describir la percepción que tienen los profesionales de enfermería acerca del proceso de formación que han recibido en el HUS durante los años 2015 y 2016

Identificar las debilidades que tienen los procesos de formación de los profesionales de enfermería,

en El HUS durante los años 2015 y 2016.

Identificar las oportunidades de mejora que tienen los procesos de formación de los profesionales de enfermería, en El HUS, durante los años 2015 y 2016

Figura 1 Orientación epistemológica. Relación fenomenología, hermenéutica, método y objetivo.



Fuente: investigadores

Diseño metodológico

Metodo: Histórico Hermenéutico.

La hermenéutica está estrechamente relacionada con la fenomenología; utiliza las experiencias vividas como instrumento para comprender mejor el contexto social, cultural, político o histórico en que tienen lugar dichas experiencias. La investigación hermenéutica casi siempre se concentra en significado e interpretación, esto es, el modo en que individuos social e históricamente condicionados interpretan su mundo en un contexto específico. (Polit, DF., y Hungler, 2000, p. 235)

Diseño Metodológico.

Este trabajo de investigación se plantea a partir del paradigma cualitativo, desde un enfoque histórico hermenéutico, con la participación de los profesionales de enfermería del Hospital Universitario De La Samaritana, (HUS), y quienes hayan estado vinculados con la institución durante los años 2015 y 2016 y al momento de la entrevista continúen laborando en el HUS.

Participantes.

Posterior a la realización de una prueba de afinamiento, se eligieron ocho (8) profesionales de enfermería del Hospital Universitario de la Samaritana, los cuales cumplieron los criterios de inclusión, y quienes de manera voluntaria decidieron hacer parte de este proceso, previa explicación del objetivo de este estudio y firma del consentimiento informado, se les realizó una entrevista semiestructurada.

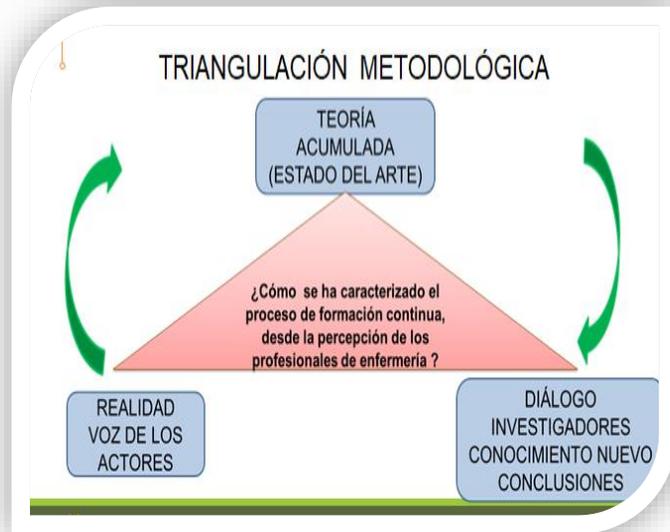
Resultados:

Los principales hallazgos están relacionados con cada categoría inductiva, el diálogo se da a través de la triangulación, metodología del enfoque cualitativo-interpretativo que se destaca por enlazar la realidad, postura de los investigadores y la teoría.

Triangulación: Categoría deductiva Características del proceso Formación Continua

Las características del proceso de formación continua de los profesionales de enfermería, se articula la teoría y la práctica como dos aspectos complementarios realizados por los actores y autores de la investigación; estos son los profesionales en ejercicio y los responsables de la investigación en procura de identificar sus propias prácticas pedagógicas. Es decir, la metodología cualitativa que la fundamenta permite dar respuesta a las necesidades e interrogantes de los fenómenos sociales que acontecen en los diferentes contextos del saber disciplinar y pedagógico.

Figura 2: Triangulación metodológica



Fuente: investigadores

Categoría Deductiva: Calidad de Atención:

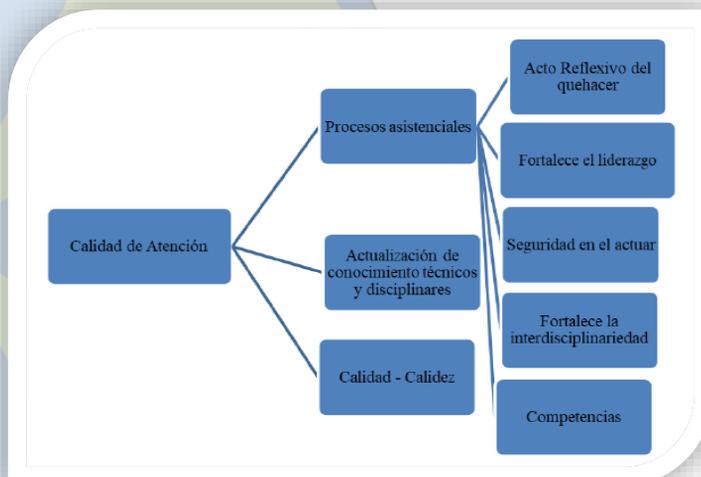
Categoría deductiva: Crecimiento personal y profesional.

En relación al análisis del contexto de estudio concluyen que para dar una atención con calidad es importante la formación continua a lo largo de la vida profesional como una actividad más de su quehacer, lo cual va a influir significativamente en la vida de las personas, familias, sociedad y medio ambiente, al igual que en la institución en donde se desempeña. Por lo tanto, es un proceso de educabilidad y enseñabilidad propios del

De acuerdo a lo expresado por las voces de la realidad y la teoría, el profesional de enfermería no solo debe producir cuidados en salud sino también de querer crear calidad, la cual se propicia con educación continua, para ser competentes llegando a la reflexión sobre el servicio que se da a la persona, familia, sociedad y medio ambiente, cuyo origen está inmerso en el interés por descifrar los determinantes de la acción de la Ley 911-

enfermero, competencias necesarias en los profesionales de un hospital universitario que brinda servicios de salud de alta calidad.

Figura: 3 Categoría deductiva: Calidad de atención.



2004 de enfermería y el Código Deontológico de la profesión. Toda acción educativa debe generar un cambio a nivel personal o profesional, en donde se creen y al mismo tiempo respondan interrogantes tanto en el docente y en el alumno, tales como: ¿con qué propósito se enseña?, ¿qué se va a enseñar? y ¿cuándo se va a enseñar?, ¿qué desempeño favorecerá lo enseñado? .En los procesos de formación continua los enfermeros interesados en está, deben generar liderazgo, fomentar el interés por la investigación, ser proactivo, generar cambio de actitudes buscando con ello la aplicabilidad de la profesión. Se evaluará el desempeño a nivel personal y profesional de los enfermeros y de la institucional al hacer del HUS una institución como agente de cambio social por medio de una Alta Calidad De Atención hacia los usuarios.

Conclusiones

- ✓ Es importante que en los procesos de formación continua, la institución fortalezca y priorice el desarrollo de competencias transversales, de acuerdo a las necesidades manifestadas e identificadas por los profesionales de enfermería.
- ✓ Involucrar a los profesionales de enfermería de manera activa, para motivar y promover la participación y así mejorar la adherencia en los procesos de formación continua.
- ✓ El fortalecimiento de las actividades educativas incide directamente en el mejoramiento continuo de la calidad de atención y está directamente relacionado con el crecimiento profesional y personal

Referencias Bibliografía

- Alvarado Sojo, J. (2016). Características del enfermero y enfermera que ejerce la enseñanza universitaria. *Revista Actual de Costa Rica*, 31. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15517/revenf.voi31.25632>.
- Angulo, M., & Espinosa, M. L. (2014). Condiciones salud - trabajo de docentes profesionales de enfermería vinculados a programas de formación para auxiliares de enfermería . *Tunja Health-work conditions of professional nursing teachers connected to formative programmes for nursing assistants. Docencia Universitaria*, 35(Julio), 148–159. Retrieved from <http://ezproxy.unbosque.edu.co:2048/login?url=http://search.proquest.com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1664837270?accountid=41311>

- Arenas F, J. (2004). Modelos didácticos en Enfermería. *e.educare21*, 12, 1–10. Retrieved from <http://enfermeria21.com/educare/educare12/ensenando/ensenando4.htm>
- Berkeley, G. (1710). Tratado sobre los principios del conocimiento humano. Retrieved from http://webdelprofesor.ula.ve/humanidades/elicap/es/uploads/Biblioteca/Berkeley_TreatiseEC.pdf Canadian Nursing Association. (2015). Advanced nursing practice. Retrieved June 8, 2017, from <https://www.cna-aiic.ca/en/advocacy/policy-support-tools/cna-position-statements>
- Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta de Moebio*, (23), 204–216. Retrieved from <http://www.cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/26081/27386>
- Castro M, S. P. (2012). Características de los estudiantes de enfermería 1. *Memorias*, 10(18), 137–147.
- Chrizostimo, MM; Brandão, A. (2015). La formación profesional del enfermero : 'estado del arte' A formação profissional do enfermeiro : 'estado da arte' TM

Créditos

- The training 124 professional of nurses : 'state of the art '. *Enfermería Global*, 14(4), 414–429. Retrieved from <http://search.proquest.com.dti.sibucsc.cl/docview/1725380989/fulltextPDF/2CBA8D4603C54AEC/PQ/2?accountid=14619>.
- Chuaqui K, JR; Bettancourt O, LP; Leal R, VJ; y Aguirre G, C. (2014). La identidad profesional de la enfermería : un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso (1933-2010). *Chía*, 14(1), 53–66. Retrieved from <http://ezproxy.unbosque.edu.co:2048/login?url=http://search.proquest.com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1511351083?accountid=41311>

Boletín de Investigación CIHUS- [Volumen 3, Número 3] 10 de Enero 2017

ISSN: 2357-3694

Hospital Universitario de La Samaritana ESE
Subdirección de Educación Médica e Investigación
Centro de investigación (CIHUS)

Miembros Directivos

Javier Fernando Mancera García, Gerente

Nelson Aristizbal, Director Científico

Andrea Carolina Morales Guerrero, Sudirectora de Educación médica e Investigación.

Equipo Editorial

Anyela Mancilla Lucumi, Coordinadora Centro de Investigación (e), Directora y editora del Boletín de Investigación CIHUS.

Miguel Ángel Laverde, Área de Comunicaciones HUS, diseño gráfico, fotos, estilo y portada.

Soporte de edición de contenidos.
Área de comunicaciones HUS

Contacto Hospital Universitario de La Samaritana (HUS) -Centro de Investigación (CIHUS)
Dirección: Carrera 8 No 0-29 Sur, Bogotá D.C. Tel: 4077075, Ext. 10289, E-mail:
investigación.lider@hus.org.co Cualquier duda o sugerencia con gusto será atendida.



HUS

HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

LA INVESTIGACIÓN EN EL HUS

El Hospital Universitario de La Samaritana,
es la primera Empresa Social del Estado
del país con mayor número de grupos
de Investigación categorizados por COLCIENCIAS



12

Grupos reconocidos
y categorizados

75

- 4 Investigadores Senior
- 14 Investigadores Junior
- 3 Investigadores asociados
- 54 Investigadores Vinculados de pregrados, maestría y Doctorados



282

Artículos, libros y capítulos
de libros publicados



272

Ponencias. Póster y
Working Paper

